



UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA

Conocimientos, actitudes y prácticas sexuales riesgosas ante el VIH/sida en población privada de la libertad. El caso de Cartagena

Mayelis Isabel Guerrero Gómez

Universidad Nacional de Colombia
Facultad de Medicina
Programa de Maestría en Salud Pública
Bogotá, Colombia
2012

Conocimientos, actitudes y prácticas sexuales riesgosas ante el VIH/sida en población privada de la libertad. El caso de Cartagena

Mayelis Isabel Guerrero Gómez

Tesis de investigación presentada como requisito parcial para optar al título de:
Magister en Salud Pública

Director: Dr. Franklin Alejandro Rico Mendoza
Epidemiólogo Msc, (E) Phd Salud Pública

Línea de Investigación: Salud Pública
Grupo de Investigación: Epidemiología y evaluación en salud Pública

Universidad Nacional de Colombia
Facultad de Medicina
Bogotá, Colombia
2012

Dedicatoria

A mi familia.

A Manuel, Elkin y Moscote por su incondicional apoyo.

Agradecimientos

Agradezco de forma especial:

Al Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario de Colombia.

A la Universidad Nacional de Colombia.

A todos mis profesores y en especial a: Franklin Alejandro Rico Mendoza, por sus aportes y motivación.

A Sarita Carrillo por sus deseos.

Resumen

Introducción. Estudios muestran que la población privada de la libertad (PPL) presenta factores de riesgo más altos que otros grupos poblacionales frente al VIH/SIDA, como: prácticas sexuales riesgosas, desconocimiento de los mecanismos de transmisión, entre otros. Aspectos importantes en la propagación de la epidemia y en el reordenamiento de las intervenciones para su control.

Objetivo. Determinar los conocimientos, actitudes y posibles factores asociados a conductas sexuales de riesgo para adquirir VIH/SIDA, en personas privadas de la libertad, reclusos en los centros penitenciarios y carcelarios del Distrito de Cartagena.

Metodología. Estudio transversal, el universo fue 1516 personas privadas de la libertad reclusos en los centros penitenciarios y carcelarios del Distrito de Cartagena. La muestra se seleccionó mediante métodos aleatorios simples, se entrevistaron 272 reclusos través de un cuestionario USAID/DFID/FHI. Directrices para encuestas del comportamiento repetidas en poblaciones en riesgo al VIH/SIDA. 2000 encuesta PPL.

Resultados. De los 272 reclusos encuestados, el 99.6% ha escuchado sobre el VIH/SIDA, y de estos el 2.95% identifica formas de prevenir el VIH y rechaza las principales ideas erróneas; el 37.4% ha tenido nivel máximo de conductas sexuales de riesgo, Los factores que se asocian significativamente son: relaciones sexuales no comerciales no regulares (amigas) en los últimos doce meses $OR=4.51$, ($IC=2.41-8.50$), hacerse tatuajes al interior del centro penitenciario $OR=2.15$, ($IC=1.04-4.46$), el uso de drogas no intravenosa $OR=2.65$, ($IC=1.43-4.92$), el tener relaciones sexuales con personas del mismo sexo $OR=5.38$, ($IC=2.29-12.88$), y el consumo de bebidas alcohólicas $OR=2.35$, ($IC=1.27-4.35$).

Conclusiones. La PPL del Distrito de Cartagena evidencia prácticas de riesgo para la transmisión del VIH/SIDA. Se requiere más investigación y reorganizar estrategias de prevención acompañadas de un proceso de sensibilización, reconocimiento, aceptación y negociación de compromisos por parte de todos los actores sociales responsables.

Palabras claves. Conocimientos, actitudes, prácticas, población privada de la libertad, VIH/SIDA

Abstract

Introduction. Studies show that people deprived of liberty (PPL) has higher risk factors than other population groups to HIV / AIDS, such as unsafe sex, lack of transmission mechanisms, among others. Important aspects in the spread of the epidemic and the reordering of control interventions.

Objective. To determine the knowledge, attitudes and factors associated with sexual risk for acquiring HIV / AIDS, persons deprived of liberty, detained in prisons and prison Cartagena District.

Methodology. Transversal, the universe was 1516 persons deprived of freedom held in prisons and jails in the District of Cartagena. The sample was selected using simple random methods, 272 inmates were interviewed through a questionnaire USAID / DFID / FHI. Guidelines for repeated behavioral surveys in populations at risk for HIV / AIDS. PPL 2000 survey.

Results. Of the 272 prisoners surveyed, 99.6% had heard about HIV / AIDS, and of these 2.95% identify ways to prevent HIV and reject major misconceptions, 37.4% had maximum risk sexual behavior, The factors that are significantly associated are not commercial sex regularly (friends) in the last twelve months OR = 4.51 (CI = 2.41-8.50), $p < 0.01$, tattooing inside the prison OR = 2.15, (CI = 1.04-4.46), $p < 0.02$, using intravenous drugs not OR = 2.65 (CI = 1.43-4.92), $p < 0.01$, having sex with people of the same sex OR = 5.38 (CI = 2.29- 12.88), $p < 0.01$, and drinking OR = 2.35 (CI = 1.27-4.35), $p < 0.04$.

Conclusions. The District of Cartagena PPL practical evidence of risk for transmission of HIV / AIDS. Further research and prevention strategies reorganize accompanied by a process of awareness, recognition, acceptance and negotiation of commitments from all stakeholders accountable.

Keywords. Knowledge, attitudes, practices, people deprived of freedom, HIV / AIDS.

Contenido

Pág.

Resumen

Lista de Figuras

Lista de Tablas

Lista de Abreviaturas

Introducción

1. Capítulo 1 Marco Referencial	3
1.1 Planteamiento del problema	3
1.2 Justificación	5
1.3 Objetivos	10
1.3.1 Objetivo general	10
1.3.2 Objetivos específicos	10
2. Capítulo 2 Marco Teórico	11
3. Capítulo 3 Metodología	27
3.1 Tipo de estudio	27
3.2 Población de estudio	27
3.2.1 Tamaño de muestra y muestreo	27
3.2.2 Criterios de selección	28
3.2.3 Identificación y definición de conceptos y variables	29
3.3 Fuente de Información	38
3.3.1 Fuentes primarias	38
3.3.2 Fuentes secundarias	39
3.4 Procedimientos de recolección de información, instrumentos y métodos	39
3.5 Procesamiento y análisis de los resultados	40

3.6 Aspectos Éticos	41
3.7 Limitaciones	42
4. Capítulo 4 Resultados	45
4.1 Características socio demográficas	45
4.2 Evaluación de conocimientos y asociación entre conocimientos, actitudes y prácticas con relación al VIH/SIDA	47
4.3 Determinación de la práctica sexual de riesgo de la PPL del Distrito de Cartagena	52
4.4 Características de la PPL Vulnerable y no Vulnerable según comportamientos y prácticas sexuales	53
4.5 Frecuencia y calidad de uso de preservativos en PPL	55
4.6 Factores asociados a conductas sexuales riesgosas o niveles de riesgo y conocimientos, actitudes y otras prácticas	57
5. Capítulo 5 Discusión	61
6. Capítulo 6 Conclusiones	73
Recomendaciones	74
Anexos	77
Bibliografía	91

Lista de figuras

	Pág.
Figura 1-1: Personas que viven con el VIH/SIDA (1990–2010)	5
Figura 2-2: Nuevas infecciones por el VIH a nivel mundial	12
Figura 2-3: Cambios de conducta en Botswana	21

Lista de tablas

	Pág.
Tabla 1-1: Distribución porcentual de población carcelaria de Colombia Según región, capacidad, hacinamiento y sexo, junio 2008	8
Tabla 3-2: Operacionalización de las variables	29
Tabla 4-3: Características socio demográficas de la PPL, Cartagena 2008-2009	46
Tabla 4-4: Antecedentes y comportamientos penitenciarios de la PPL. Cartagena 2008-2009	47
Tabla 4-5: Conocimientos, opiniones y actitudes hacia el VIH/SIDA En PPL, Cartagena 2008-2009	48
Tabla 4-6: Porcentaje de población privada de la libertad que identifica correctamente las formas de prevenir la transmisión sexual del VIH y rechaza las principales ideas erróneas sobre la transmisión del virus	49
Tabla 4-7: Características de la PPL con prácticas sexuales de riesgo según conocimientos y actitudes hacia el VIH/SIDA	50
Tabla 4-8: Antecedentes sexuales: número y tipos de pareja de la PPL, Cartagena 2008-2009	52
Tabla 4-9: Características de internos según comportamientos y prácticas sexuales	53
Tabla 4-10: Razones de no uso de condón en la última relación sexual en PPL. Cartagena 2008-2009	56
Tabla 4-11: Decisión de uso del condón en la última relación sexual en PPL. Cartagena 2008-2009	56
Tabla 4-10: Asociaciones entre las conductas sexuales riesgosas	58

Tabla 4-13: Modelo de regresión logística para las características de relaciones sexuales con pareja no regular y no comercial durante los últimos 12 meses, tatuaje, uso de drogas, parejas sexuales masculinas, ingerir bebidas que contienen alcohol. En PPL participante con nivel máximo de riesgo para adquirir VIH/SIDA. Análisis Bivariado 58

Tabla 4-14: Modelo de regresión logística para las características de relaciones sexuales con pareja no regular y no comercial durante los últimos 12 meses, tatuaje, uso de drogas. En PPL participante con nivel máximo de riesgo para adquirir VIH/SIDA. Análisis Multivariado 59

Lista abreviaturas

Abreviaturas

AIDS	Acquired immune deficiency síndrome. (Sigla en inglés de SIDA)
DESM	Personas desmovilizadas de grupos armados irregulares
EPMSC	Establecimiento penitenciario de mediana seguridad y carcelario
HC	Habitantes o personas en situación de calle
HSH	Hombres que tienen sexo con hombres
INPEC	Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario
ITS	Infecciones de transmisión sexual
JD	Jóvenes desplazados o en contextos de desplazamiento
INPEC	Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario
ITS	Infecciones de transmisión sexual
JD	Jóvenes desplazados o en contextos de desplazamiento
MPS	Ministerio de la Protección Social
ODM	Objetivos de Desarrollo del Milenio
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONU	Organización de las Naciones Unidas
ONUSIDA	Programa conjunto de la Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA
PPL	Personas privadas de la libertad
PVVS	Personas viviendo con el VIH/SIDA
RSP	Relaciones Sexuales Penetrativas
SGSSS	Sistema General de Seguridad Social en Salud
SIDA	Síndrome de la inmunodeficiencia adquirida
SIVIGILA	Sistema de Vigilancia en Salud Pública
TS	Trabajadoras y trabajadores sexuales
VIH	Virus de la inmunodeficiencia humana

Introducción

El hecho de que el Sida sea una infección de transmisión sexual y que haya afectado, mayoritariamente, a sectores específicos de la población que tradicionalmente han sido marginados y excluidos en razón de sus prácticas o su orientación sexual, ha contribuido a que la epidemia se expanda¹. Representando así un problema prioritario de salud pública a nivel mundial². Quizá ningún otro problema de salud actual ha indagado simultáneamente tantos factores del ser humano y tantas temáticas como la infección por el VIH y el Sida y a pesar de eso aún no podemos decir que ello ha permitido construir una respuesta eficaz para el problema³. Aunque se han obtenido avances importantes en algunos países en población general como la mitigación de nuevas infecciones a través de uso de preservativos, existen grupos con una vulnerabilidad mayor que acentúan aún más la problemática.

La salud en las prisiones es a menudo olvidada o considerada de baja prioridad⁴. La población privada de la libertad es un grupo poblacional cuyo entorno evidencia alto nivel de sobrepoblación y hacinamiento en los sitios de reclusión, prácticas sexuales de riesgo desprotegidas, bajo acceso o disponibilidad de los servicios de salud, pobre nivel de información, educación y niveles considerables de ITS; violencia sexual física y psicológica, así como la no inclusión de sus necesidades en la formulación de políticas y proyectos. A nivel mundial esta población registra prevalencia para VIH/SIDA mucho mayor que la población general. Convirtiéndose en una grave amenaza sanitaria para la

¹ COLOMBIA. Ministerio de la protección social - UNFPA. Guía de prevención de VIH/Sida. Población privada de la libertad [en línea]. Bogotá, D. C: El ministerio. 2011, p. 1-135 ISBN: 978-958-99831-2-6. Disponible en Internet:

http://www.minsalud.gov.co/salud/Paginas/Observatorio_documentos_guias_prevenccion_VIH_SIDA.aspx

² ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. 10 datos sobre VIH/SIDA [en línea]- OMS. Diciembre de 2011. [consultada junio 25, 2012]. Disponible en Internet: <http://www.who.int/features/factfiles/hiv/es/index.html>

³ PROGRAMA CONJUNTO de Naciones Unidas sobre el VIH/Sida – ONUSIDA. Guías técnicas del proyecto INTEGRA: Modelo de gestión integral de servicios de salud sexual y reproductiva y prevención de la infección por VIH [en línea]. Bogotá: Grupo Temático para Colombia, Ministerio de la Protección Social. 1a. ed. Julio. 2007, p. 189-193. ISBN: 978-958-97914-9. Disponible en Internet: <http://207.58.191.15:8180/xmlui/handle/123456789/35>

⁴ ZARATE, Eduardo et al. Tuberculosis en nuevos escenarios: establecimientos penitenciarios. *En: An. Fac. med. abr./jun. 2005, vol. 66 no. 2, p. 148-158. ISSN 1025-5583*

población penitenciaria de numerosos países y plantea desafíos importantes para las autoridades carcelarias y de salud pública así como a los gobiernos^{5,6,7,8}.

En las cárceles o centros penitenciarios de la mayor parte de los países del mundo el contacto sexual entre hombres es un fenómeno habitual. Sumado a esto, otras prácticas de riesgo ya establecida también están presentes como: la no utilización de preservativos, la rotación de pareja y en general una carencia de la evaluación de consecuencias y una contradicción entre lo que saben, lo que creen y lo que hacen con relación a la prevención o solución contra el VIH/SIDA⁹

Esta investigación en salud pública podría considerarse en una línea de base que permita medir el cambio en las tendencias producto de las intervenciones, además, ilustrar situaciones que pueden permitir a la autoridad sanitaria y a los responsables del sistema penitenciario el rediseño o la transformación de las estrategias de prevención utilizadas al interior de los centros penitenciarios para combatir la propagación del VIH/SIDA; partiendo por reconocer, en primer lugar, determinados factores de riesgo y formas de comportamiento en las cárceles, esta obligación se entiende como la búsqueda de resultados óptimos en la ejecución de las actuaciones que se encuentran bajo la responsabilidad específica de las entidades antes mencionadas.

El propósito de esta investigación es determinar a través de un estudio cuantitativo observacional los conocimientos y actitudes para adquirir VIH/SIDA y los factores probables que se asocian a conductas sexuales de riesgo, que tienen las personas privadas de la libertad, reclusos en los centros penitenciarios y carcelarios del Distrito de Cartagena.

⁵ MARTÍN, Vicente et al. Seroepidemiology of HIV-1 infection in a Catalanian penitentiary. In: AIDS. 1990, vol. 4, p. 1023-1026.

⁶ BAYAS. José María et al. Infección por el virus de la inmunodeficiencia humana tipo 1 en la población penitenciaria de Cataluña. En: Med Clin (Barc). 1994, vol. 102, p. 209-212.

⁷ CABALLERO, J et al. Infección por VIH y factores de riesgo asociados en la prisión de Guadalajara. En: Congreso Nacional de Sanidad Penitenciaria (1: 1993: León). Libro de Ponencias y Comunicaciones, p. 344.

⁸ DIEZ, M. Situación de la infección por VIH en las Instituciones Penitenciarias. En: Congreso Nacional de Sanidad Penitenciaria (1: 1993: León). Libro de Ponencias y Comunicaciones, p. 179-84.

⁹ ALMENDÁREZ PERALTA, Juan. Conocimientos, actitudes y prácticas sexuales seguras ante el VIH-Sida, en privados/as de libertad. 1a. ed. Managua: Mecanismo Coordinador de País-Nicaragua. 2009, p. 43. ISBN: 978-99924-966-7-1.

1. Marco referencial

1.1 Planteamiento del problema

A pesar de tener más de 30 años de expandirse el VIH y Sida por el mundo, los gobiernos de los diferentes países siguen preguntándose cómo se debe prevenir y tratar. Desde su aparición esta epidemia ha dejado al descubierto una serie de inequidades y formas de injusticia que solo han contribuido a que se perpetúe¹⁰. Además, por sus características epidemiológicas y sociodemográficas es también un reto para las investigaciones en salud pública¹¹. Y más aún el control de este flagelo en lugares tan difíciles como las prisiones donde se interrelacionan aspectos sociales, culturales y psicológicos de las PPL y consideraciones técnicas administrativa de la institucionalidad carcelaria que dificultan las intervenciones sanitarias¹². A la luz de la evidencia científica mundial las cárceles tienen una problemática compartida. Las PPL son un grupo poblacional que viven en condiciones como: el alto nivel de sobrepoblación y hacinamiento en los sitios de reclusión, el bajo acceso o disponibilidad de los servicios de salud, el pobre nivel de información, la deficiente educación; los niveles considerables de ITS, la violencia sexual, física y las condiciones psicológicas difíciles, abuso de sustancias; la práctica de relaciones sexuales que pueden llegar a ser riesgosas con parejas regulares o comerciales¹³. Como forma de calmar el miedo y la tensión de la vida carcelaria¹⁴. Condición esta que podría incidir en que el nivel de riesgo que dichas personas tienen de adquirir VIH/SIDA sea más alto que para otros grupos poblacionales. La gran mayoría carecen del reconocimiento por parte del sistema carcelario y penitenciario¹⁵, dificultando así la eficiencia y efectividad de las estrategias dirigidas a

¹⁰ COLOMBIA. Ministerio de la protección social - UNFPA. Guía de prevención de VIH/Sida. Población privada de la libertad. Op. cit., p. 1-135.

¹¹ ORGANIZACIÓN DE ESTADOS AMERICANOS OEA. Análisis situacional: VIH y violencia contra las mujeres en Guatemala [en línea]. Washington. 2006, p. 1-44. Disponible en Internet: [http://www.portalsida.org/repos/AnalisisGUT\[Final\].pdf](http://www.portalsida.org/repos/AnalisisGUT[Final].pdf)

¹² ZARATE, Eduardo et al. Op. cit., p. 148-158.

¹³ REYES, Hernán. El VIH en Establecimientos Penitenciarios. Edición para América Latina. Comité Internacional de la Cruz Roja. Lima: Organización Mundial de la Salud, Oficina Regional para Europa; 2001.

¹⁴ ZARATE, Eduardo et al. Op. cit., p. 148-158.

¹⁵ WHO. Report 2004. Global tuberculosis control. Surveillance, planning, financing. Geneva: WHO. 2004, p. 110.

esta población para disminuir el riesgo de estas enfermedades¹⁶. Conocer esas condiciones que determinan en la PPL la práctica de relaciones inseguras, el reconocimiento de vulnerabilidades y necesidades especiales de este grupo de población se convierte en un plus para el direccionamiento de las intervenciones¹⁷. Según lo expresado en el informe final de la Consulta Regional para América Latina y Caribe sobre VIH/SIDA en el medio carcelario, realizada en el 2008, las prisiones son ambientes altamente vulnerables en lo que respecta a la infección por VIH/SIDA. La prevalencia en esos sitios puede llegar a ser de 30 a 40 veces^{18, 19, 20} más alta que en la población general 3 - 4 por mil²¹. Hay prevalencia reportadas que oscilan entre 24.4% y 65.2%^{22, 23, 24, 25}.

En Colombia, de acuerdo con el reporte estadístico del INPEC del mes de agosto de 2010, existen 81.486 personas privadas de la libertad; de ellas, el 93,4% (76.107) son hombres y el 6,6% (5378) son mujeres, evidenciándose un aumento del 17,02% con relación al reportado en el 2008 y un hacinamiento del 21.9%. Según la guía de prevención de VIH/SIDA, Población Privada de la Libertad, Ministerio de Protección Social Colombia, 2011²⁶. El país no cuenta con estadísticas de prevalencia de VIH/SIDA que integre el total de la población carcelaria. Se conoce que para el 2004 un informe de la procuraduría reveló un total de 121 personas internas que vivían con el virus. Cuatro años más tarde, en el 2008, un estudio similar duplicó la cifra.

En la Ciudad de Cartagena las instituciones carcelarias puede que reúnan algunas de las condiciones previamente enumeradas pero hay poca evidencia científica específica al

¹⁶ ZARATE, Eduardo et al. Op. cit., p. 148-158.

¹⁷ COLOMBIA. Ministerio de la protección social - UNFPA. Guía de prevención de VIH/Sida. Población privada de la libertad. Op. cit., p. 1-135.

¹⁸ MARTÍN, Vicente et al. Op. cit., p. 1023-1026.

¹⁹ AYAS. José María et al. Op. cit., p. 209-212.

²⁰ MINISTERIO DE SALUD DE BRASIL. Consulta regional para América latina y el Caribe sobre VIH/SIDA en el medio carcelario. Op. cit., p. 1-109.

²¹ MAGIS, Carlos y BARRIENTOS, Hermelinda. VIH/SIDA y Salud Pública. Manual para personal de la Salud. México: Secretaría de Salud. Centro Nacional para la Prevención y el control del VIH/SIDA. 2006.

²² MARTÍN, Vicente et al. Op. cit., p. 1023-1026.

²³ AYAS. José María et al. Op. cit., p. 209-212.

²⁴ CABALLERO, J et al. Infección por VIH y factores de riesgo asociados en la prisión de Guadalajara. En: Congreso Nacional de Sanidad Penitenciaria (1: 1993: León). Libro de Ponencias y Comunicaciones, p. 344.

²⁵ DIEZ, M. Situación de la infección por VIH en las Instituciones Penitenciarias. Op. cit., p. 179-84.

²⁶ COLOMBIA. Ministerio de la protección social - UNFPA. Guía de prevención de VIH/Sida. Población privada de la libertad. Op. cit., p. 1-135.

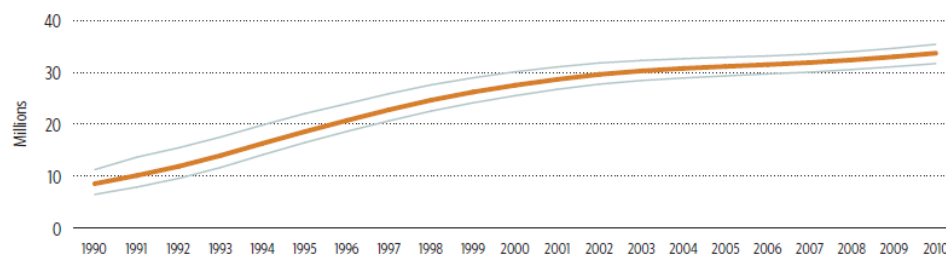
respecto que dimensione la problemática, lo cual podría estar generando un alto riesgo de que la infección se transmita tanto a los actuales reclusos como al resto de los habitantes de la ciudad y de la región, dado la característica de las cárceles de ser terreno propicio para la transmisión del VIH. Sin embargo, a pesar de que existan esas condiciones de riesgo, las mismas se podrían mitigar en la medida en que las personas que las experimentan cuenten con los conocimientos adecuados en relación con el manejo correcto de esas circunstancias y de las medidas que deben tenerse en cuenta, particularmente en relación con las prácticas sexuales. Por el contrario, si los conocimientos son inapropiados, esas condiciones de riesgos se pueden agravar. De la misma manera, las actitudes que la PPL de Cartagena asuma y el tipo de prácticas que acostumbren en relación con el sexo y en general con el riesgo de contraer la infección de VIH/SIDA, son determinantes para lograr controlar la propagación de la enfermedad.

Dicha situación descrita hace surgir la siguiente pregunta de investigación: ¿Cuáles son los conocimientos y actitudes para adquirir VIH/SIDA y los posibles factores que se asocian a conductas sexuales de riesgo, que tienen las personas privadas de la libertad, reclusos en los centros penitenciarios y carcelarios del Distrito de Cartagena?

1.2 Justificación

El VIH/SIDA sigue siendo uno de los más graves problemas de salud pública del mundo, especialmente en los países de ingresos bajos o medios²⁷. En la actualidad se estima que el VIH/SIDA ha infectado a 34 millones de personas y a la fecha ha cobrado la vida de unos 30 millones de personas. Se calcula que para el 2010 contrajeron la infección 2.7 millones de personas y mueren por esta causa cada año 1.8 millones de personas²⁸.

Figura 1-1: Personas que viven con el VIH/SIDA (1990–2010)



Fuente: Informe 2011 OMS

²⁷ ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. 10 datos sobre VIH/SIDA. Op. cit., <http://www.who.int/features/factfiles/hiv/es/index.html>

²⁸ COLOMBIA. Ministerio de la protección social - UNFPA. Guía de prevención de VIH/Sida. Población privada de la libertad. Op. cit., p. 1-135.

Convirtiéndose así en una de las crisis de salud importante de la historia y una de las mayores amenazas sanitarias para la población penitenciaria a nivel mundial, Planteando desafíos importantes a las autoridades carcelarias²⁹. El perfil epidemiológico del distrito de Cartagena para el 2011 reporto 301 casos de VIH/SIDA, el 0.7% son en PPL³⁰. Los aportes en conocimientos que se realicen en el tema del VIH/SIDA contribuirán con la solución de esta problemática reflejándose en los planes, programas y proyectos que se formulan teniendo por objetivo disminuirla, dentro de la institucionalidad carcelaria y en el ámbito de políticas públicas para su control.

En el sistema carcelario y penitenciario de Colombia se visibiliza una situación: la alta sobrepoblación que se presenta en los recintos carcelarios, que, de acuerdo con las cifras del INPEC (Tabla 1), se sitúa alrededor del 21.9%. Esta superpoblación además de la movilidad en los ingresos, egresos, los traslados y de condiciones de detección deficientes y hacinamiento, ambiente general de violencia, tensión, miedo, falta de instalaciones sanitarias, crea un ambiente crítico de salud que influye en el estilo de vida de los reclusos y afecta la sexualidad de este, fomentando prácticas sexuales inseguras³¹. Unido a falta de información sobre el virus convierte a las cárceles en terreno fértil para la propagación del VIH/SIDA. El Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA), que analizan temas de interés relacionados con este flagelo, en el documento diseñado sobre cárceles y SIDA, resalta el alto riesgo de infección por VIH/SIDA al que están expuestos tanto reclusos como reclusas.

Con la comprensión de estos aspectos contextuales que enmarcan las situaciones de riesgo a la que están expuestos las PPL que puede ilustrar la presente investigación, el sistema carcelario y penitenciario distrital así como las autoridades sanitarias locales, tendrían herramientas para reorientar las intervenciones realizadas en este grupo de población generando intervenciones específicas que impacten en los procesos individuales y sociales que moldean la vida cotidiana de los seres y grupos humanos en este caso de las PPL en relación con el entorno cultural y social y con la institucionalidad misma del sistema penitenciario su estructura y los modelos establecidos que finalmente determinaran la manera de comprender, asumir y comportarse en el mundo penitenciario³².

²⁹ NACIONES UNIDAS. Oficina contra la Droga y el Delito. Prevención, Atención, tratamiento y Apoyo en el medio carcelario – Marco de Acción para una respuesta eficaz, Reseña sobre el VIH/SIDA en las cárceles, OMS, ONUSIDA, naciones unidas, nueva york 2007, p. 1-38.

³⁰ GUERRERO, M; TANGARIFE, V; MORALES, L; MAZENETT E. perfil epidemiológico del Distrito de Cartagena 2011. Departamento administrativo distrital de salud, programa vigilancia en salud pública. http://www.dadiscartagena.gov.co/web/images/docs/saludpublica/perfil_epidemiologico_2011.pdf

³¹ REYES, Hernán. El VIH en Establecimientos Penitenciarios. Op. cit., p. 20.

³² PROGRAMA CONJUNTO de Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA – ONUSIDA. Guías técnicas del proyecto INTEGRA: Modelo de gestión integral de servicios de salud sexual y reproductiva y prevención de la infección por VIH. Op. cit., p. 189-193.

En muchos ambientes carcelarios las tasas de infección por VIH/SIDA superan los promedios estimados para la población general de cada país³³. Las cárceles son espacios en donde la movilidad es constante, cada día entran y salen presos y otras personas. Además, estos grupos de población constituyen potencialmente un riesgo para la transmisión del VIH/SIDA hacia otros grupos de la población, incluyendo a la población general, dado que la mayoría de los detenidos terminan reintegrándose a la sociedad. Sumado a esto están ciertas características carcelarias como: ambiente general de violencia, tensión, miedo, falta de instalaciones sanitarias que convierte a las cárceles en terreno fértil para la propagación del VIH/SIDA. Todas estas variables posicionan a la PPL en condición extremadamente vulnerable, entendiendo la vulnerabilidad como: “La susceptibilidad a ser herido, abierto al ataque”, “la susceptibilidad o capacidad de los individuos a sufrir un daño particular”³⁴.

Asociado a esta vulnerabilidad se encuentran en dicha población comportamientos de riesgo que multidimensionan la problemática. Entendiendo comportamiento de riesgo según la OMS como: “forma específica de conducta de la cual se conoce su relación con una susceptibilidad incrementada para una enfermedad específica o para un estado de salud deficiente.”³⁵. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, en las cárceles de muchos países puede haber cifras importantes de reclusos con antecedentes de comportamiento de alto riesgo, por ejemplo: consumo de drogas, prostitución y conducta Homosexual circunstancial³⁶. El conocimiento de estos factores facilitara la comprensión de la importancia de programas y propuestas integrales que vayan más allá de la sola intervención preventiva como el acceso a preservativo este estudio podría ilustrar que existen riesgos primarios para conductas sexuales riesgosas que aumentan la probabilidad de adquirir infección por VIH en PPL.

³³ NACIONES UNIDAS. Oficina contra la Droga y el Delito. Prevención, Atención, tratamiento y Apoyo en el medio carcelario. Op. cit., p. 1-38.

³⁴ WORLD HEATH ORAGNIZATION. Global HIV/AIDS response. Epidemic update and health sector progress towards Universal Access [online]. Progress Report 2011. World health organization, UNAIDS, UNICEF, p. 1-219. [cited Jun. 25, 2012] Available from Internet: http://www.who.int/hiv/pub/progress_report2011/hiv_full_report_2011.pdf.

³⁵ PROGRAMA CONJUNTO de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida. Informe de ONUSIDA para el día mundial del sida 2011, como llegar a cero: más rápido, más inteligente y mejor. Op. cit., p. 1-48.

³⁶ COLOMBIA. Ministerio de la Protección Social. Observatorio de la gestión programática en ITS-VIH/SIDA. Op. cit.,: <http://www.minproteccionsocial.gov.co/Paginas/Colombia-renueva-el-compromiso-frente-al-VIHSIDA.aspx>

Tabla 1-11: Distribución porcentual de población carcelaria de Colombia. Según región, capacidad, hacinamiento y sexo, junio 2008

Regional	Capacidad	Total población	Hacinamiento	SEXO			
				Hombre		Mujer	
				Fa	%	fa	%
Central	19.195	24.837	29.4%	23.113	93,0%	1.724	7%
Occidente	8.766	11.196	27.7%	10.467	93,4%	729	6.5%
Norte	7.188	7.640	6.3%	7.408	97,0%	232	3%
Oriente	5.434	7.451	37.1%	7.026	94,2%	425	5.7%
Noroeste	5.010	7.431	48.3%	7.014	94,3%	417	5.6%
Viejo Caldas	8.376	9.054	8.1%	8.534	94,2%	520	5.7%
Total	53.969	67.609	25.3%	63.562	94,0%	4.047	6%

Fuente: INPEC 2008

En la división geopolítica del INPEC, Cartagena se encuentra en la Regional Norte contando con un E.P.M.S.C de Ternera con una población carcelaria de 1461 y bajo los lineamientos del Distrito La Cárcel Distrital de San Diego, en donde es reclusa población femenina con 55 reclusas en total Cartagena alberga alrededor de 1516 reclusos con un promedio de ingreso y egreso diario de 12 y 8 personas, en donde prevalecen los delitos de narcotráfico, hurto calificado, atraco a mano armada, extorsión y homicidio, encontrándose diferentes tipos de reclusos: sindicado, juzgado y sentenciado.

El Sindicado es un sujeto procesal, al que se le atribuye su participación o autoría en la comisión de una conducta típica, con los elementos probatorios, evidencias físicas e informes obtenidos de acuerdo a la ley, pero no se ha definido su situación jurídica por encontrarse en curso la investigación en cada una de las etapas y audiencias proscritas por la ley 906 de 2004.

El Juzgado es un sujeto procesal al que se le ha definido su situación jurídica conforme a la ejecución de cada una de las etapas y audiencias, en la cual ha culminado la investigación.

El Sentenciado es un sujeto procesal al que se le ha dictado sentencia en juicio oral, pero la cual puede ser susceptible de recurso en los términos previsto en la ley 906 de 2004.

Recluso: persona que se haya privada de la libertad en institución penitenciaria por tener conocimiento de la ilicitud de su conducta y la comprensión de sus actos "imputable", puede hallarse en curso de la investigación, se le haya proferido medida de aseguramiento, o haya sido juzgado o sentenciado. Esta población se caracteriza por

altos índices de violencia, nivel educativo bajo, actitudes machistas, es decir, factores de riesgo y ciertos tipos de comportamientos que podrían aumentar de alguna manera la vulnerabilidad de esta población ante la infección por VIH/SIDA.

Pese a toda esta situación descrita, y en el campo de objeto de esta investigación, aún no se han aplicado en muchas cárceles programas completos de prevención del VIH/SIDA, ni han logrado un nivel de atención sanitaria en los establecimientos penitenciarios equivalente al que prevalece fuera de este medio. Comprometiéndose así la salud de los detenidos, del personal penitenciario y de la sociedad³⁷. Como todo el mundo, las personas privadas de libertad tienen derecho a disfrutar de los niveles sanitarios más elevados. Es un derecho consagrado por el derecho internacional en el artículo 25 de la Declaración Universal de Derechos Humanos de las Naciones Unidas y el artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales teniendo en consideración que “Personas en situaciones similares deben ser tratadas de forma igual, y (...) aquellas que están en situaciones distintas deben tratarse de manera distinta, en forma proporcional a dicha diferencia”³⁸.

Los hallazgos de la presente investigación motivará generar intervenciones basadas en hechos comprobados que mejoraría el status de salud de la población destino, dado que el conocimiento que las personas tienen de las formas cómo se puede contraer el VIH/SIDA, puede llevarles a tomar medidas para prevenir el contagio de esa enfermedad, ya sea que se encuentren o no privadas de la libertad. Así mismo, la actitud que finalmente asuman frente a esos riesgos y las prácticas sexuales que adopten serán igualmente determinantes, pues el conocimiento por sí mismo, sin cambios en el comportamiento, no genera ningún efecto. Se requiere entonces indagar el conocimiento que la población PPL de Cartagena tiene en relación con el VIH/SIDA, determinar el tipo de prácticas sexuales riesgosas que emplean y los posibles factores que se asocian a ellas y analizar las actitudes que asumen frente a las condiciones de riesgo a las que están expuestos.

De manera global resulta pertinente y prioritario realizar una investigación para establecer la prevalencia de algunas condiciones particulares entorno a conocimientos y actitudes para adquirir VIH/SIDA y los posibles factores que se asocian a conductas sexuales de riesgo, que tienen las personas privadas de la libertad, reclusos en los centros penitenciarios y carcelarios del Distrito de Cartagena, que permita conocer la dinámica de las conductas de riesgo, para adecuar las intervenciones y así potenciar el impacto de la prevención. Lo anterior teniendo en cuenta que las condiciones de la cárcel son terreno propicio para la transmisión del VIH/SIDA, Inclusive si se lograra corregir las

³⁷ NACIONES UNIDAS. Oficina contra la Droga y el Delito. Prevención, Atención, tratamiento y Apoyo en el medio carcelario. Op. cit., p. 1-38.

³⁸ COLOMBIA. Ministerio de cultura. Definición de enfoque diferencial. En: Dirección de Poblaciones. Ministerio de Cultura. (n.d). [consultada Octubre 5, 2010]. Disponible en Internet: <http://mincultura.gov.co/index.php?idcategoria=26023>

condiciones de hacinamiento en que actualmente se encuentra esta población, el nivel de riesgo solo podría controlarse de manera efectiva si se pudiera garantizar que las prácticas sexuales adoptadas por ellos son las recomendadas

Los datos y conclusiones de estudios de comportamiento como este pueden servir para predecir las epidemias del mañana al constituirse en una alerta que señala los riesgos y sugiere el camino a seguir para el fortalecimiento de la prevención³⁹. Estos resultados serán puestos a disposición de la institución carcelaria, la cual ha dado señales de interés en la puesta en marcha de la investigación y de la autoridad local de salud, para constituir una línea de investigación que posibilite una mejor prevención y medición del impacto de las intervenciones en este grupo vulnerable de la población como son las personas privadas de la libertad.

1.3 Objetivos

1.3.1 Objetivo general

Determinar los conocimientos, actitudes y posibles factores asociados a conductas sexuales de riesgo para adquirir VIH/SIDA, en personas privadas de la libertad, reclusos en los centros penitenciarios y carcelarios del Distrito de Cartagena

1.3.2 Objetivo específicos

- Caracterizar la población interna de los centros penitenciarios y carcelarios de Ternera y San Diego de la ciudad de Cartagena según variables sociodemográficas y datos penitenciarios como: situación jurídica, edad de ingreso, internaciones previas y tiempo de permanencia.
- Indagar los conocimientos, actitudes y prácticas frente al VIH/SIDA de los sujetos de estudios según cuestionario USAID/DFID/FHI. Directrices para encuestas del comportamiento repetidas en poblaciones en riesgo al VIH/SIDA. 2000 encuesta PPL.
- Determinar las conductas sexuales riesgosas por niveles de riesgo para VIH/SIDA con base al uso de preservativos y al aumento del número de compañeros sexuales.
- Determinar la asociación entre conductas sexuales riesgosas o niveles de riesgo con base al uso de preservativos y al aumento de número de compañeros sexuales y los conocimientos, actitudes y otras prácticas.

³⁹ MORENO CHÁVEZ, Teresa. Casos de VIH/SIDA en Colombia notificados al SIVIGILA, 2008. Op. cit., p. 97-107

2. Marco Teórico

Después de casi tres décadas de haber aparecido el VIH/SIDA sigue siendo un reto para la salud pública por ser un problema de gran magnitud a nivel mundial. A pesar de numerosos estudios de investigación, que han abordado la problemática desde diferentes perspectivas epidemiológicas y socio antropológicas; los cuales han permitido conocer la historia natural de la enfermedad, los métodos de diagnóstico, terapia antirretroviral y diseño de estrategias que han tenido algún impacto social, aún no se han generados cambios estructurales en los procesos de abordaje que permita mitigar contundentemente esta problemática⁴⁰.

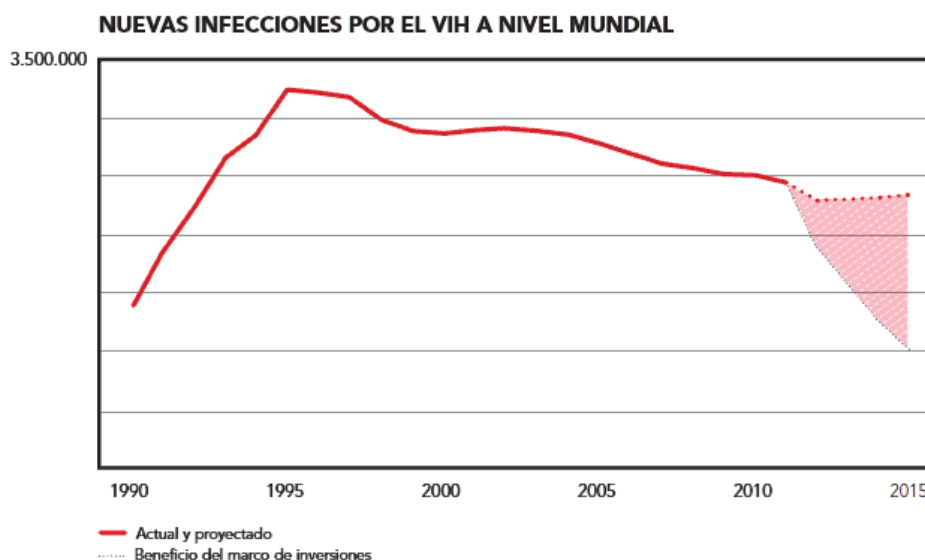
En 1981 las ciudades de Nueva York y San Francisco reportaron al mundo un síndrome con unas características particulares que se relacionaba con infecciones oportunistas, desaparición de las células esenciales para la inmunidad celular e individuos jóvenes pertenecientes a ciertos grupos no aceptados socialmente. Demasiado rápido el mundo médico conoció muchos casos similares en regiones como EEUU y Europa. En ese momento la comunidad científica asimiló que estaban ante una epidemia con causas no identificadas al cual denominaron "Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida"⁴¹.

Desde entonces el mundo es testigo de cómo una afección que al inicio fue limitada a homosexuales, drogadictos y prostitutas, cambia su tendencia y se transforma en una pandemia que afecta a millones de personas, hombres, mujeres, adolescentes y niños en todos los continentes sin distinción de sexo, edad, raza, nacionalidad, posición socioeconómica o ideológica. El VIH/SIDA se ha convertido en una de las crisis de salud importante para la historia. Como un ejemplo de la propagación que ha presentado esta enfermedad en Nicaragua la tasa de casos reportados por cada 100.000 habitantes tuvo un crecimiento de cerca del 800% entre los finales de la década de los 90 y 2005⁴². Lo anterior, a pesar de que la sub-notificación de casos de VIH/SIDA es un hecho

⁴⁰ SARRIA, Madelaine. Bioética, investigación y salud pública, desde una perspectiva social. Op. cit., p. 35.

⁴¹ BENITES, Jaime. Historia del Virus VIH/SIDA.- Origen y evolución.- del mono al hombre [en línea]. [Consultado enero 15, 2012]. Disponible en Internet: <http://www.medicosecuador.com/espanol/articulos/403.htm>

demostrado en algunos países⁴³. No ocurre la misma tendencia en todo el mundo. Desde la aparición de VIH/SIDA en España en 1981 hubo un aumento en la incidencia y prevalencia hasta 1994, en este año comenzó a disminuir la incidencia debido, fundamentalmente, a los avances en la terapia antirretroviral⁴⁴.



Fuente: Informe De Onusida Para El Día Mundial Del Sida 2011

El tema del VIH/SIDA sigue generando la necesidad urgente de estrategias que tengan impacto en un cambio conductual capaz de producir una disminución significativa de nuevos casos. Para el año 1986 los autores Viniste T. De Vita, Jr. Samuel Heliman y Steven H. Rosenberg en su investigación titulada: “SIDA, Etiología, Diagnóstico y Prevención”, consideran que hasta este momento, la mayoría de los casos de VIH/SIDA han aparecido en personas pertenecientes a grupos sociales determinados. El hecho de que se asumiera a mediados de los 80 al VIH/SIDA como la enfermedad de las cuatro H:

⁴³ HAMMER, SM et al. The AIDS clinical trialsgroup 320 study team a controlled trial of two nucleosides analogues plus indinavir in persons with human immunodeficiencyvirus infection and CD4 cell counts of 200 per cubic milimeter or less. AIDS clinical trial group 320 study team. *In: NEngl J Med.* 1997, vol. 337 no. 11, p. 725-33.

⁴³ROSCNBLUM, Lisa et al. The completeness of AIDS case reporting, 1988: a multisite collaborative surveillance project. *In: Am J Public Health.*1992, vol. 82 no. 11, p. 1495-9.

⁴⁴ ESPAÑA. Centro Nacional de Epidemiología. Vigilancia Epidemiológica de las infecciones de transmisión sexual. Resultados 1995-2008. Op. cit., p. 1-7.

homosexuales, hemofílicos-hemoperfundidos, heroinómanos y haitianos; por presentar perfil epidemiológico muy similar a la hepatitis B, configuró las acciones para ciertos grupos sociales específicos y en este sentido surge así la estigmatización, la discriminación y la exclusión social de las PPVV. Las estrategias estaban enfocadas o dirigidas a grupos que se denominaron desde el punto de vista epidemiológico como grupo de riesgo, por lo que se generaron estos efectos negativos. Estas estrategias generaron una construcción social relacionando al VIH/SIDA con la identidad homosexual y excluyendo otro tipo de comportamiento sexual. En Colombia varios estudios han mostrado cómo la diversidad regional, cultural y socioeconómica incide en los conocimientos, actitudes y prácticas alrededor del ejercicio de la sexualidad (Mejía, 2000; Tenorio, 2002; Vargas y Escobar, 2003). Aspectos como los discursos amorosos cambian no sólo entre géneros sino por regiones, haciendo que tanto roles como actividades sexuales varíen notablemente. Por ejemplo, en varias zonas del país es importante no presuponer asuntos como la monogamia, pues culturalmente se incentiva en los hombres la pluralidad de encuentros sexuales y de parejas, al tiempo que las mujeres suelen aceptar tal modelo, siempre que se mantengan el vínculo de pareja y las responsabilidades familiares. Igualmente, es importante entender que si bien un consultante hombre se narra heterosexual, esto no contradice que asuma relaciones penetrativas hacia otros hombres, a quienes sí concibe como homosexuales⁴⁵.

Cuando en el abordaje del VIH/SIDA se comienza hablar de un nuevo enfoque llamado comportamiento de riesgo, este nuevo abordaje pretendió dar una relevancia social a la problemática; sensibilizando a la población con el reconocimiento de su propio riesgo ligado a su conducta. El riesgo de adquirir el VIH/SIDA se puede definir como la probabilidad de que ocurra en un sujeto a causa de sus propios actos o de los de otras personas (prácticas sexuales no protegidas, uso de drogas inyectables, mala práctica en las instituciones prestadoras de servicio)⁴⁶. Los estudios epidemiológicos demuestran que la práctica del sexo no protegido sigue siendo el factor de riesgo más importante para adquirir el VIH⁴⁷.

Para abordar los factores causales de esta patología se usa el concepto de factores de riesgo, como aquel, que por estar en la cadena causal, aumenta la probabilidad de ocurrencia de una enfermedad o daño específico⁴⁸. Así, los factores de riesgo pueden relacionarse con factores individuales, como algunos comportamientos interpersonales,

⁴⁵ PROGRAMA CONJUNTO de Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA – ONUSIDA. Guías técnicas del proyecto INTEGRA: Modelo de gestión integral de servicios de salud sexual y reproductiva y prevención de la infección por VIH. Op. cit., p. 189-193.

⁴⁶ PROGRAMA CONJUNTO de Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA – ONUSIDA. Guías técnicas del proyecto INTEGRA: Modelo de gestión integral de servicios de salud sexual y reproductiva y prevención de la infección por VIH. Op. cit., p. 189-193.

⁴⁷ ANAYA L. Actualización epidemiológica de las ETS/VIH/SIDA. Análisis de la situación del SIDA y las ETS en el cuarto trimestre de 1997. SIDA/ETS 1998;4(1):II-XVI.

⁴⁸ ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Manual para el enfoque de riesgo en la atención materno infantil. Washington. D.C.: OPS, 1986; serie PALTEX No7:13.

que facilitan el contagio de infecciones de transmisión sexual, los cuales consideramos como “Comportamientos de riesgo” o “conductas de riesgo”.

El organismo de la ONU considera que uno de los factores que han consolidado un contexto que favorece la propagación del VIH/SIDA a lo largo de la historia son las condiciones de desarrollo socioeconómico desigual y la alta movilidad de la población. La posibilidad de adquirir el VIH/SIDA, ITS, cáncer o sufrir consecuencias no deseadas en el ejercicio de la SSR está presente en todos y todas. En sentido estricto, ellas no hacen distinciones entre unos cuerpos u otros. Sin embargo, para algunas personas los determinantes que propician estos eventos adversos son mayores en relación con las identidades culturales desde las cuales se narran. Aspectos como las prácticas sexuales, las interacciones que se establecen, el cuidado de sí, y/o las conductas de riesgo asumidas tienen que ver con las construcciones culturales que proveen identidades tanto individuales como colectivas. “Ser parte de” configura al mismo tiempo ciertas particularidades en la propia experiencia, lo que hace a unos sujetos distintos de otros⁴⁹.

Con la evidencia expuesta que reconoce el principal organismo promotor de la acción mundial de lucha contra el VIH/SIDA (ONUSIDA), sobre la existencia de ciertas condiciones sociales que contribuyen al incremento de la problemática como la inequidad y la desigualdad económica y social; se cambia por completo el riesgo percibido en función de conducta de riesgo, para hacer referencia sobre la influencia que ejerce la estructura social, económica, cultural, política propia de una sociedad en la vulnerabilidad que pueden desarrollar ciertos grupos con relación a otros que tengan influencias estructurales diferentes. Los factores del comportamiento, las redes y diversos factores sociales serían elementos significativos en el inicio de la vida sexual con riesgo y en la propagación de la epidemia.^{50, 51}.

No hay país en el mundo que no reconozca la problemática del VIH/SIDA y que no haya generado estrategias de prevención y control divulgadas internacionalmente y adaptadas a su entorno sociocultural, reconociendo lo dinámico, lo complejo de la epidemia y con características diferentes que no la hace única y que obliga a encararla de manera particular a cada población. Por ello se hace necesario conocer la dinámica de la epidemia, la configuración de la problemática en condiciones de vulnerabilidad que genere la magia en los destinatarios de las estrategias y se vea reflejada en cambio colectivo de percepciones, actitudes y prácticas⁵². La vulnerabilidad ante el VIH/SIDA se

⁴⁹ PROGRAMA CONJUNTO de Naciones Unidas sobre el VIH/Sida – ONUSIDA. Guías técnicas del proyecto INTEGRA: Modelo de gestión integral de servicios de salud sexual y reproductiva y prevención de la infección por VIH. Op. cit., p. 189-193.

⁵⁰ AVILA, C. Epidemiología del VIH y medidas de salud pública: En: Izazola JA, ed. SIDA. Estado actual del conocimiento. México, D.F.: Noriega Editores, 1996:97-116.

⁵¹ COTTERELL, J. Social networks and social influences in adolescence. Nueva York: Routledge, 1996.

⁵² HERNES, Gudmund. La UNESCO contra el VIH/SIDA [en línea]. En: Perspectivas. Junio 2002, vol. 32, no. 2, p. 1-9. Disponible en Internet:

entiende como: "el grupo de acciones y/o situaciones conocidas, observables, específicas y concretas relacionadas con la posibilidad de transmisión o adquisición de la infección por VIH/SIDA, en donde participan individuos (por lo menos dos), uno de las cuales se encuentra infectado por el VIH/SIDA" y variando de una sociedad a otra⁵³. Esto refleja la incapacidad de un individuo o una comunidad para controlar riesgos, debido a complejos determinantes biológicos, sociales y psicoafectivos. Por ejemplo, según Mann, la vulnerabilidad al VIH/SIDA puede ser entendida como un grupo de acciones o situaciones identificables, visibles, específicas y concretas relacionadas con la posibilidad de transmisión o adquisición de la infección por VIH/SIDA (García, R.; Luque, R.; MacDouall, J. y Moreno, L. A., 2006). La vulnerabilidad, por lo tanto, es un concepto complejo, multidimensional, que engloba los diversos determinantes de la salud (biológicos, sociales psicoafectivos) encarnados históricamente y de manera dinámica en las personas. Se han propuesto diversas definiciones para esta categoría (Bates, I.; Frenton, J., 2004):

- La vulnerabilidad es el grado de impacto de la enfermedad entre comunidades-individuos, como resultado de la influencia de complejos factores e interacciones: desde los biológicos (susceptibilidad individual) hasta los institucionales (servicios de salud inadecuados).
- Otra definición afirma que la vulnerabilidad atañe a las características de personas o grupos de personas en términos de su capacidad para anticipar, enfrentar, resistir y recuperarse del impacto producido por el riesgo de enfermedad.
- La vulnerabilidad también describe las deficiencias de las entidades sociales o económicas que determinan la gravedad del impacto causado por un exceso de morbilidad o mortalidad.

En Colombia el VIH/SIDA se transmiten en mayor proporción por las relaciones sexuales. Estas están enmarcadas en tres ámbitos de vulnerabilidad y riesgo, como son: individual, familiar y comunitario y ambiental. (García, R., 2006; Bates, I., 2004; Pounstone, K., 2004)

De manera más específica se evidencia que la edad, el sexo, la genética, aspectos psicológicos y la interacción con otras infecciones constituyen un ámbito individual, que puede ser: demográfico, biológico y psicológico. Dentro del ámbito familiar y comunitario encontramos la ocupación, la edad como un criterio generacional, el género, hombres que tienen sexo con hombres, la educación y la religión, el estado socioeconómico. En el ámbito ambiental se evidencian los factores geográficos, determinantes económicos,

http://www.ibe.unesco.org/fileadmin/user_upload/archive/publications/Prospects/ProspectsPdf/122s/122sher.pdf

⁵³ ONUSIDA - ACNUR. Infección por VIH y sida en Colombia. Estado del arte 2000-2005. Bogotá: ONUSIDA. 2006, p. 100-207

sociales, jurídicos y políticos⁵⁴. Todas estas condiciones o características tendrían inherencia en la vulnerabilidad y riesgo para adquirir VIH/SIDA.

Conociendo entonces que existen ciertas características de tipo individual, familiar y comunitario y ambiental que incrementan los factores de riesgo y de vulnerabilidad en los diferentes grupos poblacionales se han identificado 7 grupos de población precisamente por su alta vulnerabilidad frente al VIH/SIDA: personas viviendo con el VIH o Sida (PVVS), hombres que tienen sexo con hombres (HSH), trabajadoras y trabajadores Sexuales (TS), personas privadas de la libertad (PPL), habitantes o personas en situación de calle (HC), jóvenes desplazados o en contextos de desplazamiento (JD), personas desmovilizadas de grupos armados irregulares (DESM). Dentro de los que destacamos las personas privadas de la libertad (PPL).

Un estudio realizado PPL en Nicaragua Almendárez y colaboradores sobre Conocimientos Actitudes y Prácticas sexuales seguras ante el VIH/SIDA, en Privados de la Libertad evidencia que Las personas privadas de libertad en su mayoría son hombres, adultos jóvenes en promedio, con bajo nivel de instrucción y dificultades de lectura. Reflejado que a los centros penitenciarios llegan con mayor frecuencia los grupos humanos más pobres de la sociedad, postergados de los programas de desarrollo económico y social de sus países⁵⁵. Se ha encontrado que el comportamiento de alto riesgo se relaciona con un pobre apoyo familiar, unido a uso de drogas y problemas escolares.⁵⁶

Diferentes investigadores han reportado que la posibilidad de mantener relaciones sexuales evitando el riesgo no es una situación habitual. Las razones tienen que ver más con el contexto cultural que con la acción racional^{57, 58, 59}. La teoría de personalidad de Abraham Maslow, basada en su jerarquía de necesidades donde unas prevalecen sobre otras, el tener sexo se contempla como una necesidad fisiológica cuando esta se mantienen compensada, entran en juego otras necesidades como las de seguridad y

⁵⁴ PROGRAMA CONJUNTO de Naciones Unidas sobre el VIH/Sida – ONUSIDA. Guías técnicas del proyecto INTEGRA: Modelo de gestión integral de servicios de salud sexual y reproductiva y prevención de la infección por VIH. Op. cit., p. 189-193.

⁵⁵ ALMENDÁREZ PERALTA, Juan. Conocimientos, actitudes y prácticas sexuales seguras ante el VIH-Sida, en privados/as de libertad. 1a. ed. Managua: Mecanismo Coordinador de País-Nicaragua. 2009, p. 43. ISBN: 978-99924-966-7-1.

⁵⁶ WALTER, H; VAUGHAN, R; ALWAYN, C. Psychological influences on acquired immunodeficiency syndrome-risk behaviors among high school students. *Pediatrics* 1991; 88,4:846-852.

⁵⁷ DÍAZ, Rafael. Latino gay men and HIV culture, sexuality and risk Behavior. New York/London: Routledge; 1998. 208 p.

⁵⁸ CARRILLO, Hector. The night is young sexuality in México in the time of AIDS. Chicago: University of Chicago Press. 2002, 379 p.

⁵⁹ PARKER, Richard. Na contramão da AIDS. Sexualidade, intervenção, política. Rio de Janeiro: Associação Brasileira Interdisciplinar de Aids/São Paulo: Editora 34, 2000. 160 p.

reaseguramiento y las necesidades de amor y de pertenencia es decir el individuo empezara a preocuparse en hallar cuestiones que provean seguridad, protección ciertos límites y orden, así como tener la necesidad de parejas y relaciones afectivas⁶⁰, la referencia anterior conceptualiza tener sexo como una necesidad individual.

En esta valoración entonces el individuo se concibe fisiológicamente en riesgo de prácticas sexuales sin métodos de protección dado que lo vital supera la seguridad; aún así las prácticas sexuales no solo se deben abordar desde la condición de vulnerabilidad fisiológica, es importante reconocer las corresponsabilidades inherentes como las construcciones culturales que proveen identidades tanto individuales como colectivas⁶¹, para el presente estudio el tener sexo se conceptualiza bajo una dimensión más allá de lo fisiológico.

En Nicaragua en una investigación sobre Seroprevalencia del VIH/SIDA en privados/as de libertad recluidos en el Sistema Penitenciario de Chinandega, en el 2007, se encontró una seroprevalencia de 1.7% (2 casos de 112 privados de libertad) correspondiendo el 100% de las positividads al sexo masculino y a los intervalos de edad que oscilaban entre los 20- 29 años de edad. Los factores de riesgo asociados a una mayor seroprevalencia fueron: antecedentes de infecciones de transmisión sexual, utilización ocasional del condón, inicio de vida sexual activa entre los 10-14 años de edad, tener múltiples parejas sexuales y preferencia bisexual⁶².

Estos comportamientos de riesgo de ITS/SIDA de las PPL en su relación con un ambiente específico como el carcelario, se pueden enmarcar en la teoría del aprendizaje social de Bandura⁶³, quien aporta los conceptos de ambiente, situación, aprendizaje observacional y determinismo recíproco. El ambiente, se refiere a factores o condiciones externas a la persona, que aporta oportunidades y apoyo social; la situación, referida a la percepción del ambiente (incluyendo factores reales, distorsionados o imaginarios) por la persona y que puede afectar su conducta; el aprendizaje observacional, o adquisición de conductas por la observación de acciones y resultados de conductas de otros, así como el reforzamiento de conductas que modifican su probabilidad de ocurrencia por

⁶⁰ Journal of Humanistic Psychology

⁶¹ PROGRAMA CONJUNTO de Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA – ONUSIDA. Guías técnicas del proyecto INTEGRA: Modelo de gestión integral de servicios de salud sexual y reproductiva y prevención de la infección por VIH. Op. cit., p. 189-193.

⁶² ANIELKA, M; GAUFFREAU, L; CASTILLO, L; MATUTE, A; MATUS G. del VIH/SIDA en privados/as de libertad recluidos en el Sistema Penitenciario de Chinandega, en el periodo Enero-Junio del 2007. *Editorial Universitaria, ISSN 2071-2573, Volumen 2, Número 2, 2008, © 2008 UNAN-León.*

⁶³ BANDURA, A. Social foundations of thought action. A social cognitive theory: Nueva Jersey (NJ): Prentice Hall, 1986.

incentivos, y el determinismo recíproco que se refiere a la interacción dinámica de la persona con el ambiente en el que la conducta se ejerce ⁶⁴.

En Centroamérica se han estudiado a las trabajadoras del sexo comercial (TSC) y a los trailers como grupos vulnerables a las ITS y el VIH/SIDA. Además, se realizaron estudios sobre conocimientos, creencias, actitudes y prácticas en diversos grupos de población con prácticas de riesgo (trabajadoras sexuales y sus clientes), en grupos móviles (trabajadores de maquiladoras, trabajadores agropecuarios del plátano y de la caña de azúcar), así como en regiones socioculturales con elevada movilidad (la región garífuna) y en diferentes grupos de población con comportamientos de riesgo. Un resultado común en todas estas líneas de investigación es que, a pesar de tener conocimiento acerca del VH/SIDA y de varias de sus formas de transmisión y prevención, un elevado porcentaje de la población registra una marcada frecuencia de comportamientos de riesgo para la transmisión de ITS/VIH/SIDA ⁶⁵. El conocimiento no es suficiente, lamentablemente un individuo informado y culto no es necesariamente receptivo a nivel conductual. No obstante, muchos programas todavía se centran sólo en modificar el conocimiento y aumentar la conciencia de la gente, creyendo que la conducta cambiará. Asimismo los cambios de comportamiento tienen que ocurrir en etapas graduales, Las teorías sobre los patrones de conducta saludable tratan de *explicar* dichos patrones (“teorías explicativas o teoría del problema”) y proponen formas de lograr el *cambio conductual* (“teorías de acción que guían el desarrollo de las intervenciones”). Muchas veces, una teoría parece ser insuficiente para explicar las complejidades de la conducta respecto de la salud, lo que lleva a la creación de *modelos* de patrones de conducta saludable. Los modelos recurren a numerosas teorías y comprobaciones empíricas para ayudar a las personas a comprender un problema específico dentro de un ámbito o contexto en particular (Glanz, Rimer y Lewis 2002) ⁶⁶.

Es indispensable entonces comprender que existe una interacción compleja entre procesos individuales y sociales que moldean la vida cotidiana de los seres y grupos humanos en relación con el entorno cultural y social y con las instituciones, las estructuras y los modelos establecidos que determinan la manera de comprender, asumir y comportarse en el mundo. Estas diversas interacciones entre lo micro y lo macro determinan la vulnerabilidad de hombres y mujeres, la exposición y la respuesta a situaciones de riesgo o protectoras, y la adopción o no de comportamientos y prácticas seguras ⁶⁷. Estas diversas interacciones entre lo micro y lo macro determinan la

⁶⁴ BANDURA A. Social foundations of thought action. A social cognitive theory: Nueva Jersey (NJ): Prentice Hall, 1986.

⁶⁵ BRONFMAN, Mario. Movilidad poblacional y VIH/SIDA: contextos de vulnerabilidad en México y Centroamérica. 1a. ed. México: Instituto Nacional de Salud Pública. 2004, 381 p. ISBN 968-6502-78-5.

⁶⁶ Health Behavior and Health Education: Theory, Research, and Practice (Glanz, Rimer y Lewis 1997, 2002).

⁶⁷ PROGRAMA CONJUNTO de Naciones Unidas sobre el VIH/Sida – ONUSIDA. Guías técnicas del proyecto INTEGRA: Modelo de gestión integral de servicios de salud sexual y reproductiva y prevención de la infección por VIH. Op. cit., p. 189-193.

vulnerabilidad de hombres y mujeres, la exposición y la respuesta a situaciones de riesgo o protectoras, y la adopción o no de comportamientos y prácticas seguras⁶⁸. Como lo enmarcar la teoría del aprendizaje social de Bandura⁶⁹. Sin embargo a pesar que los ambientes carcelarios tienen unas normas establecidas para mantener el orden al interior de los establecimientos penitenciarios y carcelarios normas que pueden influir en el comportamiento de los reclusos y, según la teoría de la conducta problema de Jessor⁷⁰ un factor protector de esta es la percepción del control normativo del exterior, En este estudio, no se fundamenta la explicación de la no practica de conductas de riesgo para adquirir VIH/SIDA al interior de los centros penitenciarios a través de esta teoría, dado que a pesar de existir normas establecidas que mantienen el orden al interior de los Establecimientos penitenciarios y carcelarios a nivel mundial, la evidencia científica evidencia comportamientos que podrían ser de riesgo para adquirir infección por VIH/SIDA la interior de los centros de reclusión^{71, 72, 73}.

En España un estudio sobre Evaluación de la prevalencia de la infección por VIH/SIDA en Personas Privadas de Libertad en el momento de su detención durante el período 1991-1995⁷⁴. Evidenció que de las 1.663 personas estudiadas, 19,4% eran VIH-positivos. La prevalencia de infecciones por el VIH/SIDA, con significación estadística en mujeres (26,0%), el grupo de edad 25-34 (29,1%), blancos (20,9%), solteros (22,8%), aquellas personas con un tatuaje (29,9%), aquellas personas con experiencia en las lesiones autoinfligidas (42,2%), los UDVP (46,3%), los que reconocieron compartir jeringuillas (61,5%) y aquellos con un historial de prisión de uno o más años (37,3%). El análisis de regresión logística mostró como predictores de infección por el VIH/SIDA: los UDVP, los que fueron a prisión en 1992, las mujeres, el 25-34 y de 35-44 años de edad, los tatuados, los que tienen experiencia en las lesiones autoinfligidas y las personas con un

⁶⁸ PROGRAMA CONJUNTO de Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA – ONUSIDA. Guías técnicas del proyecto INTEGRA: Modelo de gestión integral de servicios de salud sexual y reproductiva y prevención de la infección por VIH. Op. cit., p. 189-193.

⁶⁹ BANDURA, A. Social foundations of thought action. A social cognitive theory: Nueva Jersey (NJ): Prentice Hall, 1986.

⁷⁰ JESSOR, R. Adolescent development and behavioral health. En: Matarazzo J, Weiss A, ed. Behavioral health: Handbook of health and disease prevention. Nueva York: Wiley, 1984:69-90.

⁷¹ SABITU, K; ILIYASU, Z. and JOSHUA, IA. An assessment of knowledge of HIV/AIDS and associated risky behavior among inmates of Kaduna convict prison: the implications for Prevention Programmers in Nigerian Prisons. *In: Niger J Med.* 2009 Jan-Mar, vo. 18 no. 1, p. 52-8.

⁷² SANCHEZ, Vanessa y GARAVITO, Carlos. Evaluación y Medición de factores psicosociales relacionados con la Infección por VIH en la Población de Sindicados y Condenados de la Cárcel Distrital de Varones y Anexo de Mujeres de Bogotá. Corporación Avenir Colombia / Ministerio de Salud Colombia, Bogotá, 2002.

⁷³ UNFPA/SDS de Bogotá, Fundación Henry Ardila/LCLC el sida/Fundación Procrear/Assur, Factores asociados a la salud sexual y reproductiva en grupos priorizados de localidades en emergencia social del distrito capital. Los matices de la vulnerabilidad. Informe de investigación. UNFPA, Bogotá, diciembre 2005

⁷⁴ SÁNCHEZ, Martin. Evaluation of the prevalence of HIV infection in prison inmates at the time of their imprisonment during the period 1991-1995. *In: Rev. Esp. Salud Pública.* 1997 May-Jun, vol. 71 no. 3, p. 269-80.

registro de prisión, de más de un año. En una prisión española de Oviedo el índice de positividad de VIH/SIDA en toda la población de estudio fue de 62.5%⁷⁵. Otro estudio realizado en el sudeste de las cárceles francesas concluye la alta prevalencia de infección por VIH/SIDA (84 de una muestra de 432) que pueden estar relacionándose con alta prevalencia de prácticas de riesgo y del uso de drogas y de los ingresos previos de los reclusos⁷⁶. Existen otra prácticas de riesgo como el consumo de bebidas alcohólicas, El Instituto Nacional de Abuso de Alcohol y Alcoholismo (NIAAA) de los Estados Unidos de América reporta que las personas con desórdenes de consumo de alcohol tienen mayor probabilidad de contraer infección por VIH y otras enfermedades de transmisión sexual que la población general⁷⁷. Debido a su asociación con conductas sexuales de riesgo, tales como múltiples parejas sexuales, relaciones sexuales sin protección, relaciones con trabajadoras sexuales y sexo a cambio de alcohol o drogas⁷⁸. Un estudio de caso-control, en pacientes con y sin infección por VIH, apareados por sexo y edad (± 2 años) evidencio una asociación entre el consumo de alcohol, las prácticas homosexuales entre hombres y el ingreso económico con la prevalencia de infección por VIH, revisiones sistemáticas evidencian que el alcohol produce cambios conductuales especialmente en su sexualidad⁷⁹. Y disminuir la práctica de sexo seguro en las personas de diversas orientaciones sexuales⁸⁰.

El descenso de las nuevas infecciones por el VIH en todo el mundo se ha visto favorecido por cambios en las conductas de jóvenes, profesionales del sexo y sus clientes, usuarios de drogas inyectables, hombres que tienen relaciones sexuales con hombres y personas transexuales. El acceso a los servicios de prevención del VIH ha capacitado a individuos y comunidades para responder con seriedad a la enfermedad⁸¹.

⁷⁵ CARBAJAL, CL et al. Epidemiological study of prisoners at risk for AIDS in a Spanish prison. *In: An Med Interna*. 1991 Aug., vol. 8 no. 8, p. 382-6.

⁷⁶ ROTILY, Michel et al. HIV testing, HIV infection and associated risk factors among inmates in south-eastern French prisons. *In: AIDS*. 1994 Sep., vol. 8 no. 9, p. 1341-4.

⁷⁷ NATIONAL INSTITUTE ON ALCOHOL ABUSE AND ALCOHOLISM. Alcohol and HIV/AIDS. *In: Alcohol Alert*. 2002, no. 57. [Consultado septiembre, 2010] Disponible en Internet: <http://pubs.niaaa.nih.gov/publications/aa57.html>.

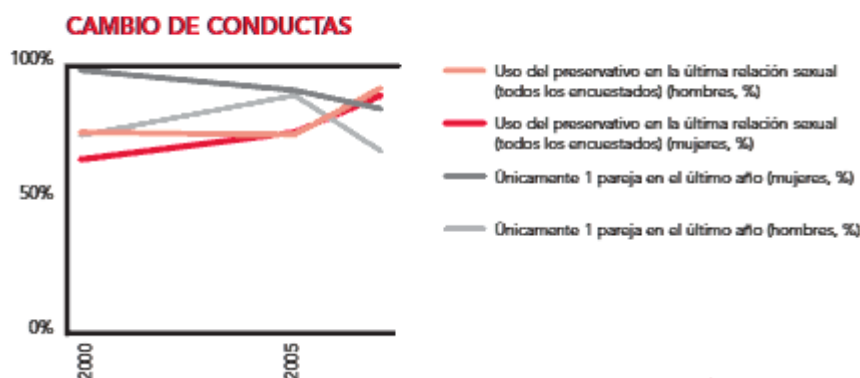
⁷⁸ De OLIVEIRA L C; PEREIRA, R G. and REIS, U C. Prevalence of infection in alcoholics. *In: Mem Inst Oswaldo cruz*. 2001, vol. 96, p. 21-3.

⁷⁹ KALICHMAN, Seth et al. Alcohol use and sexual risks for HIV/AIDS in Sub-Saharan Africa: Systematic review of empirical findings. *In: Prev Sci*. 2007, vol. 8, p. 141-51.

⁸⁰ KOBLIN, Beryl et al. Risk factors for HIV infection among men who have sex with men. *In: AIDS*. 2006, vol. 20, p. 731-9.

⁸¹ PROGRAMA CONJUNTO de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida. Informe de ONUSIDA para el día mundial del sida 2011, como llegar a cero: más rápido, más inteligente y mejor [en línea]. Ginebra, Suiza: UNUSIDA. 2011, p. 1-48. Disponible en Internet: http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2011/JC2216_WorldAIDS_day_report_2011_es.pdf ISBN 978-92-9173-910-3/ONUSIDA/JC22165.

cambios de conducta en Botswana



Fuente: Encuestas de indicadores sobre sida de Botswana, ONUSIDA, OMS

En Botswana, las caídas iniciales de las nuevas infecciones se podrían explicar por el curso natural de la epidemia junto con un aumento drástico del uso del preservativo entre 1988 y 2000 (según la encuesta demográfica y de salud realizada en Botswana en 1988, solo el 10% de las mujeres adultas afirmaba haber utilizado preservativo en alguna ocasión). Desde 2000, las pautas de conducta sexual han permanecido relativamente estables, lo que ha provocado el ralentizamiento del decrecimiento del número de nuevas infecciones⁸².

Además de la prevención de la adquisición del VIH mediante el uso del condón, mucho se ha escrito en relación con el efecto del grado de conocimientos sobre el VIH/SIDA (conocimiento “objetivo”, medido mediante escalas de preguntas estructuradas) sobre las prácticas sexuales de riesgo, y su utilización como parte de la estrategia de prevención o modificación de dichas prácticas. Mientras que algunos estudios han encontrado una asociación entre un grado alto de conocimiento sobre el VIH/ SIDA y el uso de condón, o una actividad sexual coital de menor riesgo,^{83, 84} Otros señalan una relación en jóvenes con alto grado de conocimientos objetivos, asociados con actividad coital de alto riesgo para adquirir el VIH.^{85, 86, 87}, es decir el grado de conocimiento no obliga a tener una

⁸² PROGRAMA CONJUNTO de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida. Informe de ONUSIDA para el día mundial del sida 2011, como llegar a cero: más rápido, más inteligente y mejor. Op. cit., p. 1-48.

⁸³ SIEGEL, D; LAZARUS, N; KRASNOVSKY F, Durbin M, Chesney M. AIDS knowledge, attitudes, and behavior among inner city, junior high school students. J Sch Health 1991; 61:160-165.

⁸⁴ RICKERT, VI; Jay MS, Gottlieb A, Bridges C. Adolescents and AIDS. Female's attitudes and behaviors toward condom purchase and use. J Adolesc Health Care 1989;10:313-316.

⁸⁵ KLANGER, B; TYDEN, T; RUUSUVAARA, L. Sexual behavior among adolescents in Uppsala, Sweden. J Adolesc Health 1993;14:468-474.

⁸⁶ SIEGEL, D.; LAZARUS, N.; KRASNOVSKY F., Durbin M, Chesney M. AIDS knowledge, attitudes, and behavior among inner city, junior high school students. J Sch Health 1991; 61:160-165.

práctica en concordancia a lo que se sabe o se piensa esto se podría explicar desde la concepción de la teoría de (McLeroy et al. 1988) la conducta influye en el entorno social y también recibe influencia del mismo enfoque que tiene concordancia con el determinismo recíproco de Bandura⁸⁸. Esta perspectiva de interacción en varios planos muestra claramente las ventajas de las intervenciones en muchos niveles, como aquellas en las cuales se combinan elementos del desarrollo, de la conducta y del entorno⁸⁹.

Otra teoría avalada por una gran cantidad de estudios que permite analizar la relación entre las actitudes y el comportamiento sexual, sobre todo para predecir y explicar la conducta sexual de riesgo es la teoría del comportamiento planeado^{90, 91}. Este sostiene que la conducta humana es voluntaria y está determinada por la intención conductual, la cual a su vez se construye a partir de tres procesos principales: actitudes sociales, norma subjetiva y control conductual percibido^{92, 93}. Las actitudes sociales surgen de la interacción entre las expectativas conductuales y su valoración por parte de cada sujeto, en tanto que la norma subjetiva sería el modo en que el sujeto recibe e interpreta lo que dicen las personas y los grupos que considera relevantes acerca de lo que debería hacer en relación con la conducta y la motivación para acomodarse a estas opiniones, mientras que el control conductual percibido contiene las creencias que poseen los sujetos sobre su propia capacidad para realizar una conducta determinada. Finalmente, estos componentes se conforman de acuerdo a creencias que parten de la experiencia directa o medida. La teoría del comportamiento planeado permite estudiar comportamientos que no dependen completamente de los individuos, como el comportamiento sexual, esta teoría asume que los comportamientos están determinados no solo por conocimientos y creencias, sino también por referentes del individuo y la capacidad de reconocer y superar barreras⁹⁴.

⁸⁷ DICLEMENTE RJ; BROWN, LK; BEAUSOLEIL NI, Lodico M. Comparison of AIDS knowledge and HIV-related sexual risk behaviors among adolescents in low and high AIDS prevalence communities. *J Adolesc Health Care* 1993; 14:231-236.

⁸⁸ BANDURA, A. Social foundations of thought action. A social cognitive theory: Nueva Jersey (NJ): Prentice Hall, 1986.

⁸⁹ MCLEROY, K. R.; BIBEAU, D.; Steckler, A. and Glanz, K. (1988) An ecological perspective on health promotion programs. *Health Education Quarterly*, 15, 351–377.

⁹⁰ ALBARRACÍN, D; JOHNSON, BT; FISHBEIN, M. y Muellerleile PA. Theories of reasoned action and planned behavior as models of condom use: A meta-analysis. *Psychol Bull.* 2001; 127:142–61.

⁹¹ VON HAEFTEN I. y KENSKI K. Multi-partnered heterosexuals condom use for vaginal sex with their main partner as a function of attitude, subjective norm, partner norm, perceived behavioural control and weighted control beliefs. *Psychol Health Med.* 2001; 6(2):165–77.

⁹² AJZEN, I. From intention to actions: A theory of planned behavior. In: Kuhland J, Beckman J, eds. *Action-control: From cognitions to behavior*. Heidelberg: Springer; 1985.

⁹³ AJZEN, I. The theory of planned behavior. *Organ Behav Hum Decis Process.* 1991;50:179–211.

⁹⁴ MONTAÑO, D; KASPRZYK, D. The theory of reasoned action and the theory of planned behaviour. In: Glanz K, Rimer B, Lewis F, editors. *Health Behaviour and Health Education: theory, research, and practice*. 3rd Edition ed. San Francisco: Jossey-Bass; 2002. p. 405-407.

Reviste de importancia conocer las prevalencias de dichos comportamientos y sus factores asociados en un ambiente con una estructura organizacional especial como lo es el ambiente carcelario como es el objetivo de esta investigación, estos aportes orientara la planeación y/o reorientar las acciones de los programas de salud sexual en los centros penitenciarios y carcelarios objeto de esta investigación, dado que las investigaciones que se han realizado en torno a esta temática y a los métodos utilizados para su medición reviste de importancia la validez de los resultados⁹⁵. Así, para determinar la distribución de factores de riesgo comportamentales, se sugieren los diseños transversales, pues permiten obtener estimaciones de la prevalencia de comportamientos y de sus determinantes en la población⁹⁶.

Estudios realizados (Sabitú K, Z Iliyasu, Josué IA) concluyeron que existen conceptos erróneos del VIH/SIDA en las cárceles nigerianas y comportamientos de riesgos. En general, el 39,5%, 48,7% y 11,8% de los encuestados tenía conocimiento bueno, regular y pobre del VIH/SIDA respectivamente. Sólo 64 (14,9%) de los reclusos reportaron haber tenido relaciones sexuales en prisión. Estos encuentros sexuales eran homosexuales en el 56,2% de los casos y heterosexuales en el 43,8% de los casos. Sólo 28 (43,8%) de los reclusos sexualmente activos afirmaron haber usado condones regularmente⁹⁷. Estudios similares realizados en Lagos, Nigeria, encontró que la mayoría (53,6%) de los encuestados estaban en el grupo de edad 20-29 años, la mayoría (52%) tenían educación secundaria, mientras que el 9,9% tenía educación terciaria y el 7,1% no tenía educación formal. Cerca de 97,2% de la población estudiada había oído hablar del VIH/SIDA, aunque sólo el 20,6% había conocido o visto a alguien con SIDA antes de ingresar a prisión y alrededor de 34,1% sabía el agente causante del SIDA. 60,3% sabía mecanismos correctos de la transmisión del SIDA. 15,5% afirmó la fidelidad y el 12,7% afirmó uso del condón para tener relaciones sexuales casuales. Son medidas que pueden ayudar a prevenir el VH/SIDA, pero el 7,9% no sabía ninguna medida preventiva. Desde que escucharon sobre el SIDA, el 59,5% dijo haber tomado medidas para protegerse. 42,7% de los 89 que no habían tomado ninguna medida de protección contra el VIH/SIDA, no tenía conocimiento de cómo protegerse. Cerca de 56,3% afirmó haber utilizado el condón alguna vez, aunque sólo el 38,7% lo utilizó en su última relación, mientras que el 28,2% afirma que lo utiliza para todas las relaciones sexuales casuales. Muchos (42,8%) dijeron que sabían que la homosexualidad era la práctica sexual más frecuente en la cárcel, mientras que el 28,6% alegó que no había la práctica sexual y el 13,1% fingida ignorancia de las prácticas sexuales en las cárceles. Muchos (53,2%) afirmaron tener múltiples parejas sexuales⁹⁸.

⁹⁵ FENTON KA, JOHNSON AM, McManus S, Erens B. Measuring sexual behaviour: methodological challenges in survey research. *Sex Transm Infect* 2001; 77(2):84-92.

⁹⁶ Ibid.

⁹⁷ SABITU, K; ILIYASU, Z. and JOSHUA, IA. An assessment of knowledge of HIV/AIDS and associated risky behavior among inmates of Kaduna convict prison: the implications for Prevention Programmers in Nigerian Prisons. *In: Niger J Med.* 2009 Jan-Mar, vo. 18 no. 1, p. 52-8.

⁹⁸ ODUJINRIN, MT. and ADEBAJO, SB. Social characteristics, HIV/AIDS knowledge, preventive practices and risk factors elicitation among prisoners in Lagos, Nigeria. *In: West Afr J Med.* 2001 Jul-Sep, vol. 20 no. 3, p. 191-8.

Son concluyentes varias investigaciones realizadas en el campo de la epidemiología acerca de la infección por VIH/SIDA en población de alto riesgo que han evidenciado que el comportamiento sexual de tipo homo o bisexual es el comportamiento con mayor peso con relación a la transmisión. Un estudio realizado en población de alto riesgo en la ciudad de Cartagena entre noviembre de 1993 y abril de 1995 sobre prevalencia de infección por el VIH/SIDA y sus factores de riesgo en un grupo de 434 hombres y 310 mujeres que participaron voluntariamente; donde las poblaciones fueron captadas en: 1) dos cárceles, 2) en la clínica pública de enfermedades de transmisión sexual (ETS), 3) en un bar frecuentado por hombres homosexuales y 4) en la capitanía del puerto de Cartagena. Arrojó la prevalencia de infección por el VIH/SIDA de 2,14 % en la población total. Por grupos, los hombres homo-bisexuales presentaron la más alta prevalencia, 12,3 %, los prisioneros, 2,5 %. Los factores de riesgo que se asociaron significativamente con la infección por VIH/SIDA fueron: la conducta homo-bisexual vs la conducta heterosexual (razón de prevalencia (RP = 13, IC95 por ciento: 4,3-34,8) y prácticas de sexo anal (RP=7, IC95 por ciento: 2,4-19)⁹⁹.

En la Cárcel Distrital de Varones y Anexo de Mujeres en la ciudad de Bogotá se realizó la evaluación y medición de factores psicosociales relacionados con la infección por VIH/SIDA, tanto en sindicados como en condenados. Los resultados obtenidos muestran que el 82.7% de las personas que diligenció el cuestionario reportó Relaciones Sexuales Penetrativas (RSP) dentro de la institución durante el último año. Se encontró además, en cuanto a la utilización del preservativo en el último contacto sexual, que no fue utilizado por el 92.3% de quienes reportaron tener RSP, grupo que reportó una rotación de pareja de 76.9%. Con relación al conocimiento sobre VIH/SIDA, el 28.1% de la población reconoce el contacto sexual de riesgo como forma de adquirir la infección. Llama la atención en este estudio la proporción de solo el 6.1% reclusos que reconocen el uso de preservativos como forma de prevención de la enfermedad, mientras el mantenimiento de una pareja sexual estable es identificado como mecanismo preventivo por 41.5% y hablar del riesgo y acordar una medida en por el 40.2%. Se encontró que de la totalidad de la población encuestada un 13% se ha practicado la prueba de ELISA y el 16.7% no conoció los resultados. Fue significativa la baja utilización de medidas de prevención a enfermedades y la alta exposición a factores de riesgo, así se tenga conocimiento de las consecuencias de tales comportamientos. Además, la población en su mayoría reporta RSP con personas del otro sexo, lo que indicaría una tendencia heterosexual, no obstante, más del 90% reportó mantener RSP pene boca y pene ano con personas del mismo sexo, ubicándolos en la categoría de HSH. Por último, el estudio concluye que existe una carencia de la evaluación de consecuencias y una contradicción entre lo cognitivo, la afectividad y el comportamiento¹⁰⁰.

⁹⁹ NAVAS, María et al. Epidemiología de la Infección por VIH en población de alto riesgo de Cartagena, Colombia. *En: Biomédica*. sep. 1999, vol. 19 no. 3, p. 230-8.

¹⁰⁰ SANCHEZ, Vanessa y GARAVITO, Carlos. Evaluación y Medición de factores psicosociales relacionados con la Infección por VIH en la Población de Sindicados y Condenados de la Cárcel Distrital de Varones y Anexo de Mujeres de Bogotá. Corporación Avenir Colombia / Ministerio de Salud Colombia, Bogotá, 2002.

En la encuesta CAP para la prevención aplicada en el año 2004 en cinco centros de reclusión de Bogotá (Cárcel distrital, Cárcel Modelo, Centro de Reclusión Femenina El Buen Pastor, Escuela de trabajo El Redentor y Hogar Femenino Luis Amigo) diligenciada por 554 persona (81% hombres) privadas de la libertad, el 6.8% había tenido relaciones sexuales con personas de su mismo sexo en los últimos 12 meses¹⁰¹. Y habían tenido más prácticas homosexuales quienes llevaban más tiempo de reclusión, frente a quienes llevan menor tiempo de reclusión (10.0% vs 3.5%, $p=0.0127$). Con relación al uso del preservativo esta encuesta reportó que el 23.3% utilizó preservativo durante la última relación sexual con su pareja estable; el 3.1% no recuerda si lo utilizó. Las principales razones para no usar el condón fueron presumir que la pareja estaba sana (55.7%), seguido de confianza en la pareja con 49.8% y por creer que la pareja no tiene VIH/SIDA con un 27.7%¹⁰².

Este estudio busca aportar en la comprensión de la dinámica carcelaria entrone al VIH/SIDA y los conocimiento y actitudes a esta problemática, así como los factores que se asocian a comportamientos sexuales de riesgo, Los anteriores planteamientos teóricos, explicativos de los comportamientos sexuales de riesgo desde la influencia del comportamiento planeado permitió a esta investigación estudiar esta dinámica partiendo por entender que estas conductas no dependen completamente de los individuos aunque nos identificamos con el enfoque que sostiene que es una conducta humana voluntaria, de igual manera este estudio asume que los comportamientos están determinados no solo por conocimientos y creencias, sino también por referentes del individuo y la capacidad que este tenga de reconocer y superar barreras o dificultades.

¹⁰¹ UNFPA/SDS de Bogotá, Fundación Henry Ardila/LCLC el sida/Fundación Procrear/Assur, Factores asociados a la salud sexual y reproductiva en grupos priorizados de localidades en emergencia social del distrito capital. Los matices de la vulnerabilidad. Informe de investigación. UNFPA, Bogotá, diciembre 2005

¹⁰² UNFPA/SDS de Bogotá, Fundación Henry Ardila/LCLC el sida/Fundación Procrear/Assur, Factores asociados a la salud sexual y reproductiva en grupos priorizados de localidades en emergencia social del distrito capital. Los matices de la vulnerabilidad. Informe de investigación. UNFPA, Bogotá, diciembre 2005

3. Metodología

3.1 Tipo de estudio

Para el desarrollo de los objetivos se realizó un estudio observacional de tipo corte transversal. Por ser un estudio factible para el investigador en el cumplimiento de los objetivos propuestos. Lo cual permitió estimar la prevalencia de algunas condiciones particulares de la PPL e identificar factores de riesgo asociados a prácticas sexuales para adquirir VIH/SIDA. No se llegaron a establecer causalidades por ser una limitante de la metodología de las encuestas transversales.

3.2 Población de estudio

La población de estudio fueron 1516 personas privadas de la libertad en el Distrito de Cartagena (2009) de ambos sexos, mayores de 18 años de edad, reclusas en los únicos establecimientos penitenciarios y carcelarios de la ciudad, el EPMSC de Ternera para hombres y Sistema Carcelario Distrital de San Diego para mujeres.

3.2.1 Tamaño de muestra y muestreo

Se seleccionó una muestra estadística teniendo como referencia un universo de 1.516 reclusos entre 18 y 75 años de edad; donde 1461 personas están reclusas en el Establecimiento Penitenciario de Mediana Seguridad y Carcelario EPMSC de Ternera para hombres y 55 en la cárcel distrital de San Diego para mujeres, asumiendo valor de prevalencia del 28%, valor este correspondiente a la proporción de sujetos con conocimiento de adquirir la enfermedad por contacto sexual de riesgo que se ha evidenciado en estudios anteriores¹⁰³. Se estableció un error absoluto del 5% y bajo un 95% de confiabilidad para las estimaciones según la fórmula para estimar tamaño de muestra en poblaciones finitas:

$$n = \frac{tc^2 [p (p-1)]}{e}$$

En la que:

¹⁰³ SANCHEZ, Vanessa y GARAVITO, Carlos. Op. cit., p. 46..

- Tamaño de la muestra, $n = ?$
- Confianza de la muestra, $tc = 1,96$
- Prevalencia $p = 28 \%$
- Error relativo $e/p * 100 = 10\%$
- Error del estudio $e^2 = 0,0025$

Realizando ajustes por población finita: $n/1+(n/N)$

Con base en lo anterior se obtiene una muestra inicial de sujetos de estudio de 257 internos, a la que se le adiciona un margen de pérdida de 10%. Se obtuvo una muestra final de 283 reclusos ponderado con un 96% para el centro penitenciario y carcelario de mediana seguridad de ternera($n=272$) y un 4% para la cárcel distrital de mujeres San Diego ($n=11$).

Para la elección de la muestra se escogió un muestreo probabilístico de tipo aleatorio simple donde se garantizó que cada individuo tuviese la misma probabilidad de ser seleccionado de la población estudio, independientemente del pabellón en el que esté ubicado. Se partió de un marco muestral donde 1461 están reclusos en el Establecimiento Penitenciario de Mediana Seguridad y Carcelario E.P.M.S.C de Ternera para hombres y 55 en la cárcel distrital de San Diego para mujeres. Este marco muestral lo constituyó las listas o censo que realizan los centros penitenciarios del total de reclusos(as) en los pabellones. Posterior se realizó la asignación de un número a cada unidad muestral, es decir, un número del 1 al 1.461 para E.P.M.S.C de varones y del 1 al 55 para la distrital de San Diego para mujeres. Utilizando tablas de números aleatorios se escogieron los sujetos de estudios correspondientes a 272 hombres y 11 mujeres según ponderación realizada previamente.

3.2.2 Criterios de selección

Se seleccionaron 272 internos (hombres) de los EPMS de Ternera y 11 internas (mujeres) del centro carcelario de San Diego del Distrito de Cartagena, que estuvieran reclusos al inicio del periodo de recolección de la información del estudio independientemente de su tiempo de permanencia en el centro penitenciario y de la edad, que estuvieran dispuestos a suministrar la información y que acepten y firmen el consentimiento informado. Estos criterios permitió que la muestra seleccionada reflejara las características de la población base que se estudio.

Se excluyó a las personas privadas de la libertad que no desearon participar y que por consiguiente no firmaron el consentimiento.

3.2.3 Identificación y definición de conceptos y variables

Tabla 3-12: Operacionalización de las variables

A continuación se relacionan las variables tomadas de El cuestionario que se utilizó fue un cuestionario tomada de USAID/DFID/FHI. Directrices para encuestas del comportamiento repetidas en poblaciones en riesgo al VIH/SIDA. 2000 encuesta PPL¹⁰⁴

Nombre de la variable	Definición operativa	Tipo	Plan de análisis
Sexo	Condición física con la que se nace 1. Masculino 2. Femenino	Cualitativa Nominal Categórica	Frecuencia absolutas y relativas
Edad	Edad de la persona encuestada Edad en años completos 8. No sabe 9. No hay respuesta	Cuantitativa Continua	Media Desviación estándar Mediana Moda Percentiles Rangos
Escolaridad	Nivel educativo formal según el último año que aprobó 1. Primaria incompleta 2. Primaria completa 3. Bachillerato incompleto 4. Bachillerato completo 5. Universitario incompleto 6. Universitario completo 8. No sabe 9. No Responde	Cualitativa Ordinal Categórica	Frecuencia absoluta Distribución porcentual Frecuencia acumulada
Religión o creencia	1. Católico 2. Evangélico 3. Testigo de Jehová 4. Mormón 5. Adventista 6. Otra 7. Ninguna 8. No sabe No hay respuesta	Cualitativa Nominal Categórica	Frecuencia absoluta Distribución porcentual

¹⁰⁴ USAID/DFID/FHI. Directrices para encuestas del comportamiento repetidas en poblaciones en riesgo al VIH. 2000.

Tabla 3-13: (Continuación)

Estado Civil	1. Casado actualmente, vive con su esposa(o) 2. Casado actualmente, vive con otra pareja sexual 3. Casado actualmente no vive con la esposa ni con ninguna otra pareja sexual 4. No está casado, vive con una pareja sexual 5. No está casado, no vive con ninguna pareja sexual	Cualitativa Nominal Categórica	Frecuencia absoluta Distribución porcentual
Estado civil	SI ESTÁ CASADO HOMBRES ¿Tiene más de una esposa? MUJERES ¿Tiene su esposo otras esposas? 1. Si 2. No 9. No hay respuesta	Cualitativa Nominal Categórica	Frecuencia absoluta Distribución porcentual
Situación Jurídica Penal	1. Condenado 2. Sindicado 3. Culpable 8. No Sabe 9. No hay respuesta	Cualitativa Nominal Categórica	Frecuencia absoluta Distribución porcentual
Tiempo en prisión	Tiempo de internación del encuestado Años Meses Días 9. No responde	Cuantitativa Continua	Media Desviación estándar Mediana Moda Percentiles Rangos
Número de detecciones	Número de Ingresos al centro penitenciario incluido el actual 9. No responde	Cuantitativa Continua	Media Desviación estándar Mediana Moda Percentiles Rangos
Edad de la primera detección	La edad en años cumplidos del primer ingreso al centro penitenciario 9. no responde	Cuantitativa Continua	Media Desviación estándar Mediana Moda Percentiles Rangos

Tabla 3-14: (Continuación)

Inicio de relaciones sexuales	1. Si 2. No 9. No hay respuesta	Cualitativa Nominal Categórica	Frecuencia absoluta Distribución porcentual Análisis bivariado-uso de condón con cualquier tipo de relación (regular, comercial, no regular no comercial)
Edad de inicio de relaciones sexuales	Edad en años cumplidos en la que el encuestado tuvo su primera relación sexual Edad en años 8. No sabe 9. No hay respuesta	Cualitativa Nominal Categórica	Frecuencia absoluta Distribución porcentual
relaciones sexuales en los últimos doce meses	1.Si 2. No 9. No hay respuesta	Cualitativa Nominal Categórica	Frecuencia absoluta Distribución porcentual Análisis bivariado uso de condón con cualquier tipo de relación (regular, comercial, no regular no comercial)
Parejas sexuales en los últimos doce meses	Regular No sabe No responde Comercial No sabe No responde No regulares No sabe No responde	Cuantitativa Continua	Media Desviación estándar Mediana Moda Percentiles Rangos
Relaciones con pareja del mismo sexo	1. Si 2. No 9. no hay respuesta	Cualitativa Nominal Categórica	Frecuencia absoluta Distribución porcentual
Relaciones con pareja del mismo sexo en los últimos 12 meses	1. Si 2. No 9. no hay respuesta	Cualitativa Nominal Categórica	Frecuencia absoluta Distribución porcentual
Número de parejas del mismo sexo que ha tenido relaciones sexuales anales en los últimos doce meses?	Número de parejas hombres en los últimos doce meses 8. No sabe 9. No hay respuesta	Cuantitativa Continua	Media Desviación estándar Mediana Moda Percentiles Rangos

Tabla 3-15: (Continuación)

Relaciones sexuales con una pareja regular durante los últimos doce meses	1. Si 2. No	Cualitativa Nominal Categórica	Frecuencia absoluta Distribución porcentual
tuvo relaciones sexuales con esa persona durante los últimos 30 días	Número de veces 8. No Sabes 9. No hay respuesta	Cuantitativa Continua	Media Desviación estándar Mediana Moda Percentiles Rangos
Uso de condón en ultima relación sexual con pareja regular	1. Si 2. No 8. No sabe 9. No hay respuesta	Cualitativa Nominal Categórica	Frecuencia absoluta Distribución porcentual
Motivo de uso de condón con pareja regular	1. Yo mismo 2. Mi pareja 3. Una decisión en conjunto 8. No sabe 9. No hay respuesta	Cualitativa Nominal Categórica	Frecuencia absoluta Distribución porcentual Análisis bivariado-ultima relación sexual con pareja regular
Motivo de no uso de condón con pareja regular	Todas las respuestas posibles No habían disponible Confío en mi pareja La pareja no estaba de acuerdo No me gusta Mi pareja está sana No pensaron que fuera necesario No pensaron en eso La pareja no tiene VIH Otro _____ 8. No sabe 9. No hay respuesta	Cualitativa Nominal Categórica	Frecuencia absoluta Distribución porcentual Análisis bivariado-última relación sexual con pareja regular
Frecuencia de uso de condón con parejas regulares los últimos doce meses	1. Todo el tiempo 2. Casi todo el tiempo 3. Algunas veces 4. Nunca 8. No sabe 9. No hay respuesta	Cualitativa Ordinal Categórica	Frecuencia absoluta Distribución porcentual Frecuencia acumulada
Relaciones sexuales con una pareja comercial durante los últimos doce meses	1. Si 2. No	Cualitativa Nominal Categórica	Frecuencia absoluta Distribución porcentual
tuvo relaciones sexuales con pareja comercial durante los últimos 30 días	Número de veces 8. No Sabes 9. No hay respuesta	Cuantitativa Continua	Media Desviación estándar Mediana Moda Percentiles Rangos

Tabla 3-16: (Continuación)

Uso de condón en ultima relación sexual con pareja comercial	1. Si 2. No 8. No sabe 9. No hay respuesta	Cualitativa Nominal Categórica	Frecuencia absoluta Distribución porcentual Análisis bivariado- quien lo sugirió
Motivos de uso de condón con pareja comercial	1. Yo mismo 2. Mi pareja 3. Una decisión en conjunto 8. No sabe 9. No hay respuesta	Cualitativa Nominal Categórica	Frecuencia absoluta Distribución porcentual Análisis bivariado- última relación sexual con pareja comercial
Motivos de no uso de condón con pareja comercial	Todas las respuestas posibles No habían disponible Confío en mi Pareja La pareja no estaba de acuerdo No me gusta Mi pareja está sana No pensaron que fuera necesario No pensaron en eso La pareja no tiene VIH/SIDA Otro _____ 8. No sabe 9. No hay respuesta	Cualitativa Nominal Categórica	Frecuencia absoluta Distribución porcentual. Análisis bivariado- última relación sexual con pareja comercial
Frecuencia de uso de condón con parejas comercial los últimos doce meses	1. Todo el tiempo 2. Casi todo el tiempo 3. Algunas veces 4. Nunca 8. No sabe 9. No hay respuesta	Cualitativa Ordinal Categórica	Frecuencia absoluta Distribución porcentual Frecuencia acumulada
Relaciones sexuales con una pareja no comercial no regular durante los últimos doce meses	1. Si 2. No	Cualitativa Nominal Categórica	Frecuencia absoluta Distribución porcentual
tuvo relaciones sexuales con pareja no comercial no regular durante los últimos 30 días	Número de veces 8. No Sabes 9. No hay respuesta	Cuantitativa Continua	Media Desviación estándar Mediana Moda Percentiles Rangos

Tabla 3-17: (Continuación)

Uso de condón en ultima relación sexual con pareja no comercial no regular	1. Si 2. No 8. No sabe 9. No hay respuesta	Cualitativa Nominal Categórica	Frecuencia absoluta Distribución porcentual Análisis bivariado- quien lo sugirió
Motivos de uso de condón con pareja no comercial no regular	1. Yo mismo 2. Mi pareja 3. Una decisión en conjunto 8. No sabe 9. No hay respuesta	Cualitativa Nominal Categórica	Frecuencia absoluta Distribución porcentual Análisis bivariado- última relación sexual con pareja comercial
Motivos de no uso de condón con pareja no comercial no regular	Todas las respuestas posibles No habían disponible Confío en mi Pareja La pareja no estaba de acuerdo No me gusta Mi pareja está sana No pensaron que fuera necesario No pensaron en eso La pareja no tiene VIH/SIDA Otro _____ 8. No sabe 9. No hay respuesta	Cualitativa Nominal Categórica	Frecuencia absoluta Distribución porcentual. Análisis bivariado- última relación sexual con pareja comercial
Frecuencia de uso de condón con parejas no comercial no regular los últimos doce meses	1. Todo el tiempo 2. Casi todo el tiempo 3. Algunas veces 4. Nunca 8. No sabe 9. No hay respuesta	Cualitativa Ordinal Categórica	Frecuencia absoluta Distribución porcentual Frecuencia acumulada
Hombre que tiene sexo con hombre	1. Si 2. No 3. No hay respuesta	Cualitativa Nominal Categórica	Frecuencia absoluta Distribución porcentual
Practica de sexo oral entre hombres	1. Si 2. No 9. No hay respuesta	Cualitativa Nominal Categórica	Frecuencia absoluta Distribución porcentual
Número de personas diferentes que ha tenido sexo oral en los últimos seis meses	Número durante los últimos seis meses 8. No sabe 9. No hay respuesta	Cuantitativa Continua	Media Desviación estándar Mediana Moda Percentiles Rangos

Tabla 3-18: (Continuación)

Uso de condón en ultima relación que tuvo sexo oral	1. Si 2. No 8. No recuerda 9. No hay respuesta	Cualitativa Nominal Categórica	Frecuencia absoluta Distribución porcentual
Frecuencia de uso de condón últimos seis meses en práctica de sexo oral entre hombres	1. Todo el tiempo 2. Casi todo el tiempo 3. Algunas veces 4. Nunca 8 No sabe 9. No hay respuesta	Cualitativa Ordinal Categórica	Frecuencia absoluta Distribución porcentual Frecuencia acumulada
Con cuántos hombres diferentes ha tenido relaciones sexuales anales	no. de veces que ha penetrado [] [] 8. No sabe 9. No hay respuesta no. de veces que ha sido receptor [] [] 8. No sabe 9. No hay respuesta	Cuantitativa Continua	Media Desviación estándar Mediana Moda Percentiles Rangos
Numero de relaciones sexuales anales comerciales?	Comercial(parejas con quien ha tenido relaciones sexuales a cambio de dinero) 8. no sabe 9.(no hay respuestas	Cuantitativa Continua	Media Desviación estándar Mediana Moda Percentiles Rangos
Relación sexual no consentida entre hombres	1. Sí 2. No 9. No Hay Respuesta	Cualitativa Nominal Categórica	Frecuencia absoluta Distribución porcentual
ha escuchado de un condón masculino?	1. Sí 2. No 9. No Hay Respuesta	Cualitativa Nominal Categórica	Frecuencia absoluta Distribución porcentual
Uso de condón en ultima relación sexual con cualquier pareja	1. Sí 2. No 9. No Hay Respuesta	Cualitativa Nominal Categórica	Frecuencia absoluta Distribución porcentual

Tabla 3-19: (Continuación)

Conocer algún lugar o persona de donde se puedan obtener los condones masculinos	1. Sí 2. No 9. No Hay Respuesta	Cualitativa Nominal Categórica	Frecuencia absoluta Distribución porcentual
lugares o personas que conoce en donde podría obtener condones	Dispensario Familiar Enfermero Amigo interno Vigía de la salud No Hay Respuesta	Cualitativa Nominal Categórica	Frecuencia absoluta Distribución porcentual Análisis bivariado – tiempo para obtener un condón
Tiempo para obtener un condón masculino en el interior de la cárcel	Menos de 1 hora 1 hora a 1 día Más de 1 día No Sabe No Hay Respuesta	Cualitativa Ordinal Categórica	Frecuencia absoluta Distribución porcentual Frecuencia acumulada
¿Tuvo relaciones sexuales sin utilizar un condón con cualquier pareja sexual Con la que nunca haya vivido ni se haya casado?	1. Si 2. No 8. No sabe 9. No hay respuesta	Cualitativa Nominal Categórica	Frecuencia absoluta Distribución porcentual Análisis bivariado – ha escuchado alguna vez sobre VIH o la enfermedad llamada SIDA
Tiene información sobre VIH o la enfermedad llamada SIDA?	1. Sí 2. No 9. No Hay Respuesta	Cualitativa Nominal Categórica	Frecuencia absoluta Distribución porcentual
Conocer a alguien que esté infectado por el VIH o que haya muerto de SIDA	1. Si 2. No 8. No sabe 9. No hay respuesta	Cualitativa Nominal Categórica	Frecuencia absoluta Distribución porcentual
Tener algún pariente o amigo cercano que esté infectado con VIH o que haya muerto de SIDA	1. Sí, Un Pariente Cercano 2. Sí, Un Amigo Cercano 3. No 9. No Hay Respuesta	Cualitativa Nominal Categórica	Frecuencia absoluta Distribución porcentual
Prevenir el VIH, el virus que causa el SIDA, utilizando un condón	1. Si 2. No 8. No sabe 9. No hay respuesta	Cualitativa Nominal Categórica	Frecuencia absoluta Distribución porcentual
Prevenir el VIH al tener una pareja sexual fiel que no esté infectada?	1. Si 2. No 8. No sabe 9. No hay respuesta	Cualitativa Nominal Categórica	Frecuencia absoluta Distribución porcentual
Prevenir el VIH al abstenerse de tener relaciones sexuales?	1. Si 2. No 8. No sabe 9. No hay respuesta	Cualitativa Nominal Categórica	Frecuencia absoluta Distribución porcentual

Tabla 3-20: (Continuación)

Adquirir el VIH al compartir una comida con alguien que está infectado?	1. Si 2. No 8. No sabe 9. No hay respuesta	Cualitativa Nominal Categórica	Frecuencia absoluta Distribución porcentual
Adquirir el VIH al inyectarse con una aguja que alguien más ya utilizó?	1. Si 2. No 8. No sabe 9. No hay respuesta	Cualitativa Nominal Categórica	Frecuencia absoluta Distribución porcentual Análisis bivariado- tener y el haberse realizado tatuajes al interior del centro carcelario
Pensar que una persona que se ve saludable puede estar infectada con VIH,	1. Si 2. No 8. No sabe 9. No hay respuesta	Cualitativa Nominal Categórica	Frecuencia absoluta Distribución porcentual
Mujer embarazada que está infectada con VIH puede transmitir el virus a su bebé?	1. Si 2. No 8. No sabe 9. No hay respuesta	Cualitativa Nominal Categórica	Frecuencia absoluta Distribución porcentual
Mecanismos de prevención para evitar transmisión perinatal	Tener relaciones sexuales con condón No tener relaciones sexuales Tomar Medicamentos (Antirretrovirales) Otro 8. No Sabe 9. No Hay Respuesta	Cualitativa Nominal Categórica	Frecuencia absoluta Distribución porcentual
Conocimiento sobre la transmisión madre e hijo a través de la lactancia materna	1. Si 2. No 8. No sabe 9. No hay respuesta	Cualitativa Nominal Categórica	Frecuencia absoluta Distribución porcentual
obtener una prueba confidencial para VIH en centro penitenciario	1. Si 2. No 8. No sabe 9. No hay respuesta	Cualitativa Nominal Categórica	Frecuencia absoluta Distribución porcentual
Se ha realizado una prueba de VIH	1. Sí 2. No 9. No Hay Respuesta	Cualitativa Nominal Categórica	Frecuencia absoluta Distribución porcentual Análisis bivariado- Cuándo se realizó la prueba del VIH más reciente

Tabla 3-21: (Continuación)

Voluntaria o se le solicito	1. Voluntariamente 2. Solicitada 9. No Hay Respuesta	Cualitativa Nominal Categórica	Frecuencia absoluta Distribución porcentual
Tuvo conocimiento del resultado	1. Sí 2. No 9. No Hay Respuesta	Cualitativa Nominal Categórica	Frecuencia absoluta Distribución porcentual
Cuándo se realizó la prueba del VIH más reciente	1. El Año Pasado 2. Entre 1 y 2 Años 3. Entre 2 y 4 Años 4. Más de 4 Años 8. No Sabe 9. No Hay Respuesta	Cualitativa Ordinal Categórica	Frecuencia absoluta Distribución porcentual Frecuencia acumulada
Nivel de riesgo	Riesgo máximo Riesgo intermedio Riesgo mínimo	Cualitativa Ordinal Categórica	Frecuencia absoluta Distribución porcentual Frecuencia acumulada Medida de asociación: OR con IC y prueba de significancia valor de p Análisis multivariado tipo regresión logística Tener relaciones sexuales con amigas en los últimos 12 meses- relaciones sexuales con personas del mismo sexo- realizarse tatuajes al interior del centro penitenciario- consumo de drogas -consumo de bebidas alcohólicas
Sexo seguro	1. Si 2. No	Cualitativa Nominal Categórica Dicotómica	Frecuencia absoluta Distribución porcentual Medidas de asociación

Fuente: Elaboración propia del autor

3.3 Fuente de Información

3.3.1 Fuentes primarias

El cuestionario que se utilizó fue un cuestionario elaborado y validado previamente tomada de USAID/DFID/FHI. Directrices para encuestas del comportamiento repetidas en

poblaciones en riesgo al VIH/SIDA. 2000 encuesta PPL¹⁰⁵ aplicado a los 272 sujetos de estudios a través de entrevistas, después de aplicar el consentimiento informado. Ver Anexo 1.

3.3.2 Fuentes secundarias

Documentos de estudios realizados sobre la problemática, revistas, periódicos, Internet, página en Internet del INPEC, entre julio de 2008 y septiembre de 2009. La búsqueda de estos documentos fue orientada a través de palabras claves como VIH/SIDA en población privada de la libertad, Conocimientos, Actitudes y prácticas para VIH/SIDA en Población Privada de la Libertad pudmed, Medline, EBSCO.

3.4 Procedimientos de recolección de información, instrumentos y métodos

Se envió comunicación a la dirección del centro penitenciario a fin de exponerle los objetivos de la investigación y solicitar la autorización para la aplicación de un instrumento. Se realizó un acercamiento previo con los internos como primera parte para explicar la actividad investigativa tratando de evitar sesgo de cortesía. El instrumento que se utilizó fue un cuestionario USAID/DFID/FHI. Directrices para encuestas del comportamiento repetidas en poblaciones en riesgo al VIH/SIDA. 2000 encuesta PPL, el cual ha sido revisado y ajustados por expertos con la participación de las organizaciones de la sociedad civil y por personas pertenecientes a este grupo de población¹⁰⁶. Lo Cual permite obtener indicadores o estándares comparables internacionalmente y miden comportamientos que son importantes en la diseminación del VIH/SIDA. Este instrumento está articulado por secciones que miden características socio demográficas, antecedentes penitenciarios, antecedentes sexuales: número y tipo de parejas, parejas regulares, parejas comerciales, relaciones sexuales con hombres, condón masculino, conocimientos opiniones y actitudes hacia el VIH/SIDA.

Asumimos que la validación de un instrumento no se obtiene de manera global sino por grados en distintos aspectos del instrumento a través de distintos métodos¹⁰⁷. El instrumento utilizado en la presente investigación ha sido utilizado por numerosos estudios y es así cuando un instrumento adquiere consistencia en su validez, cada vez que se utiliza¹⁰⁸.

¹⁰⁵ USAID/DFID/FHI. Directrices para encuestas del comportamiento repetidas en poblaciones en riesgo al VIH. 2000.

¹⁰⁶ USAID/DFID/FHI. Directrices para encuestas del comportamiento repetidas en poblaciones en riesgo al VIH. 2000. Op. cit., p. 50.

¹⁰⁷ CARVAJAL, A. et al. ¿Cómo validar un instrumento de medida de la salud?. *Anales Sis San Navarra* [online]. 2011, vol.34, n.1, pp. 63-72. ISSN 1137-6627.

¹⁰⁸ POLIT D, HUNGLER B. Nursing research: principles and methods. Philadelphia. JB Lippincott & Co 1999

A pesar que el instrumento no fue nuevamente validado en la presente investigación bajo el rigor de la validación de instrumentos de medida de salud, porque no se hicieron cambios sustanciales, porque el idioma de origen es español, se tuvieron en consideración algunos criterios de este proceso.

Este instrumento fue sometido a una prueba piloto, la cual se aplicó a 30 PPL reclusas en los establecimientos penitenciarios y carcelarios de la ciudad, el EPMS de Ternera para hombres y Sistema Carcelario Distrital de San Diego para mujeres y permitió realizar algunos ajustes necesarios pero no sustanciales para determinar; su factibilidad para utilizarlo en el campo en el que se pretendía utilizar, el tiempo que se requería para diligenciarlo, la sencillez y la amenidad del formato, la brevedad y claridad de las preguntas así como el registro, la codificación además de su aplicabilidad en términos de comprensión se tuvo en cuenta una equivalencia a nivel semántica, conceptual, de contenido, se probó el plan de análisis de la investigación¹⁰⁹. Además este instrumento se aplicó contando con la aprobación de la división de salud del INPEC nacional y los permisos respectivos el cual daría muestra de la validez de apariencia¹¹⁰ en nuestro escenario, y la participación del equipo de salud de dichos centros. Una vez obtenidos los datos se verificaron para su respectiva tabulación permitiendo así el análisis estadístico evidenciado en este documento, la información recolectada en la prueba piloto no comprometen los resultados en ésta investigación porque no hacen parte de ellos.

Con el ánimo de tener control y calidad de los datos se consideró como bueno una fracción de respuesta de la muestra por encima del 90%. Se garantizó así un alto nivel de aceptación y de participación de los sujetos de estudios que permitió reducir el sesgo de información y no comprometer así las estimaciones de prevalencia y asociación que se hagan garantizando la validez de los resultados, además, se realizó control sobre los profesionales que participaron en algún momento en la recolección de la información, instruyéndolos previamente.

3.5 Procesamiento y análisis de los resultados

La información obtenida se procesó y se analizó en el programa EPI INFO versión 3.3.2 de febrero 9 de 2005, previo control de calidad y consistencia. Para cumplir con los objetivos propuestos.

- Estadística descriptiva básica como análisis univariado que permitió conocer a través de proporciones, medias, e intervalos de confianza del 95%, las características generales de la población bajo estudio y medir factores de riesgo

¹⁰⁹ ARGIMON, JM; JIMÉNEZ, J. Validación de cuestionarios. Argimon J, Jiménez J. Métodos de investigación clínica y epidemiológica. Madrid: Elsevier 2004.

¹¹⁰ SANCHEZ, R; ECHEVERRY, J. Validación de escalas de Medición en Salud. Rev. Salud Pública. 6(3):302-318,2004

- Producto de la lista de variables se redefinieron dos variables: nivel de riesgo y sexo seguro¹¹¹. La primera definida como riesgo al que está expuesto el interno con vida sexual activa durante sus prácticas sexuales, contemplando únicamente las prácticas sexuales riesgosas: haber tenido RSP con más de una persona en los últimos 12 meses y el uso del condón durante las RSP. Se definió como riesgo máximo nunca utilizar condón en RSP y tener más de un compañera(o) sexual en los últimos 12 meses, y como nivel de riesgo mínimo utilizar siempre condón en RSP y haber tenido solo un compañera(o) sexual en los últimos 12 meses, los puntos intermedios para las diferentes combinaciones de respuesta según la definición de la variable. La segunda variable denominada como sexo seguro¹¹². Relacionada con el uso apropiado del condón en todas las prácticas sexuales, determinando así los niveles de sexo seguro y sexo inseguro.
- Se analizó para variables continuas media, mediana, moda, desviación estándar y percentiles.
- Análisis bivariado que permitió evidenciar la relación entre variables categóricas diferentes, es decir, posibles asociaciones entre las variables explicativas (conocimientos, actitudes y otras prácticas) y las variables resultado (nivel de riesgo máxima, intermedia y mínimo redefinidas considerando uso de preservativo y numero de compañeros sexuales), relacionadas en el presente proyecto de investigación.
- Para determinar hasta dónde estas posibles asociaciones son verdaderas se utilizó la razón de productos cruzados OR teniendo en cuenta las características de la población como variables explicativas e indicadores del comportamiento de riesgo sexual como variables resultados.
- Análisis multivariado de tipo regresión logística que permitió examinar variables categóricas. En este sentido controlar posibles variables de confusión a la vez y la interacción entre las distintas variables explicativas, además se incluyen pruebas para la significación estadística como IC del 95% y el valor de p que se considero significativo cuando fue menor de 0,05.

3.6 Aspectos Éticos

Las investigaciones que abordan la temática de la actividad sexual que se propone debe ser muy cuidadosa de no atentar contra criterios éticos, por lo que no se divulgarán nombres y apellidos ni direcciones, dado que no son variables de interés de la

¹¹¹ SANCHEZ, Vanessa y GARAVITO, Carlos. Op. cit., p. 46.

¹¹² LÓPEZ, Nahyr; VERA, Lina y OROZCO, Luis. Diferencias en los conocimientos, las actitudes y comportamientos sexuales relacionados con el SIDA, entre hombre y mujeres jóvenes de Bucaramanga. En: Colombia médica. 2001, vol. 32 no. 1, 32-40.

investigación¹¹³. Además, se empleó un consentimiento informado teniendo en cuenta la normatividad emanada por la resolución 8430 de 1993 Ministerio de Salud República de Colombia y el decreto 1543 de 1997 capítulo V artículo 27 y 29.

Secuencialmente fueron considerados los principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos emanados por la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial versión 2004. En este sentido, a los sujetos de estudio se les explicó el objetivo del estudio, la inocuidad del mismo, las actividades que se realizaron, la posibilidad de negarse a participar si así lo deseaban y el uso de los resultados, dejándoles en claro el respeto absoluto a la confidencialidad de la investigación por parte de los investigadores.

Se aclaró también que los investigadores son los únicos responsables de los costos que genere el estudio y de sus complicaciones. Además, se les reitera que la persona que dirige esta investigación es profesional idóneo, competente y formado en la academia para contribuir con el desarrollo social de las poblaciones. Ver consentimiento informado en Anexo 2.

Además se contó con la revisión y aprobación de la División de salud del INPEC nacional, Ministerio del Interior y de Justicia el cual emitió concepto de viable a través del memorando 7530 DSA. GPYP 11853 para la realización de la investigación. Ver Anexo 3.

3.7 Limitaciones

La presente investigación se realizó en la ciudad de Cartagena durante los años 2008 y 2009. La recolección de información presentó limitaciones dado por las condiciones de privación de la libertad de la población estudiada. No se tiene libre acceso a comunicarse con ellos y se deben obtener autorizaciones del nivel nacional puesto que los establecimientos penitenciarios seccionales no pueden autorizar investigaciones, esta responsabilidad esta delegada a la división de salud del nivel nacional. Este proceso incluyó envío del proyecto de investigación a la sección de Salud del INPEC sede Bogotá con un tiempo de respuesta para autorizar de 4 meses, además de cumplir con procedimientos administrativos para la recolección de la información como la dinámica de rutina institucionalizada para ingresar y permanecer en un establecimientos penitenciario y carcelario de mediana seguridad lo cual genero que el tiempo de recolección fuera de 5 meses. Limitaciones estas que no se presentan cuando se realizan estudios similares en población que no se encuentra en instituciones penitenciarias o carcelarias.

¹¹³ MARTÍNEZ, GP; ELEA, NA. and CHIU, AM. Epidemiology of HIV infection and acquired immune deficiency disease syndrome in Chile. In: Revista Chilena Infectología. 2006, vol. 23 no. 4, p. 321–329.

En la realización de la investigación se consideraron las limitaciones de las encuestas transversales, como el muestreo con sesgo de duración y la posibilidad de sobrerrepresentar o subrepresentar variables dependientes o independientes por ello se considero como un criterio de selección que estuvieran recluidos al inicio del periodo de recolección de la información del estudio independientemente de su tiempo de permanencia en el centro penitenciario queriendo tener una muestra que refleje las características de la población base y dado que no se cuenta con un parámetro de la media de duración de cambio de conocimientos, actitudes y practicas una vez se cuente con un mínimo de información, para evitar la sobreestimación o subestimación de las variables.

4. Resultados

El informe de las “Mil Voces presas” llega a la siguiente conclusión: “la cárcel interviene selectivamente sobre los grupos sociales con más carencias y menos alternativas y oportunidades de adquirir unos niveles mínimamente dignos de calidad de vida; castiga fundamentalmente a los que menos tienen.” Los establecimientos penitenciarios y carcelarios del distrito de Cartagena no difieren de las condiciones de vulnerabilidad descritas, se evidencio unos escenarios altamente complejos, muchas de las actividades de la dinámica carcelaria se realizan en un contexto de tensiones permanentes, resultado de la particularidad que nos hace diferentes como individuos social y culturalmente y del control externo ejercido por la institucionalidad carcelaria para el mantenimiento de la seguridad adicional un contexto ambiental que evidencia precarias condiciones higiénicas sanitarias.

En total se entrevistaron 272 PPL de los establecimientos penitenciarios del distrito de Cartagena, 262 hombres en el establecimiento Penitenciario de Mediana Seguridad y Carcelario de Ternera y 10 mujeres en la cárcel distrital de San Diego, las características sociodemográficas pueden observarse en la tabla 4-3.

4.1 Características socio demográficas

Se evidenció una población adulta joven con edades entre 19 y 64 años, mediana de 30, masculina (96.3%), el 65.1% procede de Cartagena, el 15.44% de departamentos de la Costa Atlántica. De municipios del departamento de Bolívar el 9.6%, el 8% del interior del país y población extranjera un 1.8%. El 76.3% de los reclusos no ha obtenido estudios de secundaria completa ni título universitario. Alrededor de la mitad (49.3%) manifiesta ser católico y un 15.8% no se identifica con alguna religión. El 45.4% de los reclusos refirieron no estar casado, ni vivir con una pareja.

Los datos detallados de las características socio demográficas se presentan en la Tabla 4-3.

Tabla 4-22: Características socio demográficas de la PPL, Cartagena 2008-2009

VARIABLE	N	%	Total
Sexo			
Masculino	262	96,3	272
Femenino	10	3,7	272
Nivel de Escolaridad			
No asistió a centro educativo	14	5,1	272
Primaria Incompleta	56	21,7	258
Primaria Completa	40	15,5	258
Secundaria Incompleta	101	39,1	258
Secundaria Completa	38	14,7	258
Universitario Incompleto	19	7,4	258
Universitario Completo	4	1,6	258
Religión			
Católica	134	49,3	272
Cristiana	52	19,1	272
Evangélica	27	9,9	272
Otras	16	5,9	272
Ninguna religión	43	15,8	272
Estado Civil			
Ha estado casado	43	15,8	272
Casado actualmente y vive con su esposa	15	34,9	43
Casado actualmente y vive con otra pareja	15	34,9	43
No ha estado casado	229	84,2	272
Casado actualmente, no vive con esposa ni otra pareja	13	30,2	43
No está casado, vive con una pareja	125	54,6	229
No está casado, no vive con pareja	104	45,4	229

Fuente: Elaboración propia del investigador.

En la Tabla 4-4 se puede observar que el 73.2% de los reclusos están condenados, el 18.8% presenta y se ha realizado por lo menos un tatuaje en el centro penitenciario, el 41.8% manifestó haber ingerido bebidas alcohólicas donde el 2.9% declara que ingiere todos los días. El 45.2% de los reclusos declaró consumir drogas en el último año y el 62.6% de estos manifestaron ingerir bebidas alcohólicas.

Algo más de la mitad de los reclusos no tenían antecedentes de ingresos previos a instituciones penitenciarias (59.1%). El 39.7% de los que manifestaron antecedentes carcelarios evidenciaron una media de ingresos previos de 2.96+-3.04 (mediana =2; P25-P75=2-3), el valor máximo de ingresos previos consignado fue de 14, aunque un 1.1% de los reclusos se abstuvo de contestar por ser demasiado ingresos previos y no recordar. Se obtuvo como media para la edad del primer ingreso de 27.5+-10.4 (mediana=24; P25-P75=20-33), la media para el tiempo de permanencia en prisión fue de 20.02+- 21.37

meses (mediana= 13; P25-P75=8-24 meses), el tiempo mínimo fue de 14 días y máximo de 167 meses. En el 66.54% de la población presentó un tiempo de permanencia igual o mayor a 12 meses.

En la Tabla 4-4 se presentan los resultados referentes a antecedentes y comportamientos penitenciarios de los reclusos encuestados.

Tabla 4-23: Antecedentes y comportamientos penitenciarios de la PPL. Cartagena 2008-2009

VARIABLE	N	%	Total
Situación Jurídica			
Condenado	199	73,2	272
Sindicado	71	26,1	272
No sabe	2	0,7	272
Ingesta de bebidas alcohólicas			
Todos los días	8	2,9	272
Una vez a la semana	30	11	272
Una vez al mes	58	21,3	272
Dos veces al mes	18	6,6	272
Nunca	158	58,1	272
Consumo de drogas en el último año			
Si	123	45,2	272
No	148	54,4	272
No hubo respuesta	1	0,4	272
Tatuajes en el centro penitenciario			
Si	51	18,8	272
No	221	81,3	272

Fuente: Elaboración propia del investigador.

4.2 Evaluación de conocimientos y asociación entre conocimientos, actitudes y prácticas con relación al VIH/SIDA

En la Tabla 4-5 se pueden ver algunos aspectos relacionados con los conocimientos y actitudes acerca del VIH/SIDA. Se evidenció que 99.6% de los sujetos de estudios ha escuchado alguna vez sobre el VIH/SIDA, además un 78.2% declaró que el uso adecuado del condón utilizado de manera correcta en cada relación sexual es una forma de protegerse a sí mismo de la infección por VIH/SIDA. El 18.5% declaró que el condón no protege, el 3.3% manifiesta no saber. En lo referente a las formas de contagio un 61.6% considera que una persona puede adquirir la infección por VIH/SIDA a través de la picadura de un mosquito, de igual manera un 35.68% piensa que si comparten una comida con alguien infectado pueden infectarse; mayoritariamente los sujetos de estudios, con un 96,3% consideran que compartir agujas es una forma de contagiarse. El

19.5% de los encuestados se ha realizado tatuajes en el interior del establecimiento penitenciario.

En cuanto a la posibilidad que percibe el recluso de realización de una prueba confidencial para conocimiento de su estado serológico dentro del establecimiento penitenciario respondieron el 46.5% que sí se pueden realizarse pruebas de manera confidencial al interior del centro penitenciario, el 40.6% piensa que no puede realizarse una prueba de manera confidencial, un 12.5% no sabe y en un 0.4% no hubo respuesta. El 39.54% de los entrevistados nunca se ha realizado una prueba de VIH/SIDA. De las personas que manifestaron haberse realizado una prueba el 50.6% fue hace menos de 6 meses, el 20.1% menos de un año, entre uno y dos años el 12.8%, el 16.5% manifestó más de tres años. Con relación a lo anterior solo el 51.8% conoció el resultado; el 91.4% de las personas entrevistadas que se realizaron la prueba declararon que fue voluntaria, en un 8.6% la prueba fue solicitada.

Tabla 4-5: Conocimientos, opiniones y actitudes hacia el VIH/SIDA En PPL, Cartagena 2008-2009

VARIABLE	N	%	Total
Ha escuchado sobre VIH/SIDA			
Si	271	99,6	272
No	1	0,4	272
Las personas pueden protegerse a sí mismas a través de			
Condón	212	78,2	271
Fidelidad	216	79,7	271
Abstinencia	176	64,9	271
Las personas pueden infectarse de VIH/SIDA por			
Picadura de Mosquito	167	61,6	271
Compartir Comida	96	35,68	*269
Reutilizar Agujas	261	96,3	271
Vía Transplacentaria	232	85,9	*270
Leche materna de madre con VIH/SIDA	161	59,4	271

Tabla 4-5: (Continuación)

Considera que puede obtener una prueba confidencial en la cárcel			
Si	126	46,5	271
No	110	40,6	271
No Sabe	34	12,5	271
No hubo Respuesta	1	0,4	271
Se ha realizado una prueba de VIH/SIDA			
Si	164	60,5	271
No	107	39,5	271
Conoce el resultado de la prueba			
Si	85	51,8	164
No	79	48,2	164

*No se obtuvo información del total de la muestra de la PPL

Fuente: Elaboración propia del investigador.

Tabla 4-6: Porcentaje de población privada de la libertad que identifica correctamente las formas de prevenir la transmisión sexual del VIH y rechaza las principales ideas erróneas sobre la transmisión del virus

Variable	PPL que identifica correctamente las formas de prevenir el VIH y rechaza las principales creencias erróneas	PPL que tiene alguna creencia errónea	Porcentaje que identifica en forma correcta
SEXO			
Hombre	8	253	2.95%
Mujer	0	10	
Total	8	263	
HA TENIDO PAREJA SEXUAL MASCULINA			
Si	2	39	0,74%
No	6	223	2.22%
TOTAL	8	262	
SITUACION JURIDICA			
Condenados	7	192	2.57%
Sindicado	1	70	0.37%
No sabe	0	2	
Total	8	264	

Tabla 4-6: (Continuación)

NIVEL DE RIESGO			
Máximo	2	76	0.97%
Intermedio	2	118	0.97%
Mínimo	0	8	0.0%
Total	4	202	

PRACTICAS SEXUALES			
Seguras	2	24	0.97%
Inseguras	2	178	0.97%
Total	4	202	

TATUAJE			
SI	1	50	0.37%
NO	7	213	2.58%
Total	8	263	

SE HA REALIZADO PRUEBA DE VIH			
Si	5	159	1.85%
No	3	104	1.11%
Total	8	263	

Fuente: Elaboración propia del Investigador

Los resultados entorno a la relación entre conocimiento, opiniones y comportamientos. evidencia que solo un mínimo porcentaje de la PPL de los establecimientos penitenciarios de la ciudad de Cartagena identifican correctamente las formas de prevenir el VIH y rechaza las principales creencias erróneas, y en estos se evidencian comportamientos de riesgo y prácticas sexuales inseguras y seguras.

Tabla 4-7: Características de la PPL con prácticas sexuales de riesgo según conocimientos y actitudes hacia el VIH/SIDA

Al estimar la asociación entre conocimientos y comportamientos de riesgo o niveles de riesgo no se evidencia asociación alguna, evidenciamos que en un 76.69% los reclusos conocen que pueden prevenir el VIH con el uso adecuado del condón adicionalmente entre conocimientos y prácticas sexuales evidenciamos que el tener alguna creencia errónea podría llegar hacer un factor de riesgo para prácticas sexuales inseguras en Hombres PPL OR=7.4, (IC= 1.003-55.42), p<0.04

Tabla 4-7: (Continuación)

VARIABLES	SEXO SEGURO					SEXO INSEGURO				
	Hombre	%	Mujer	%	Total	Hombre	%	Mujer	%	Total
¿ HA ESCUCHADO ALGUNA VEZ SOBRE EL VIH O LA ENFERMEDAD LLAMADA SIDA										
Si	25	96.15	1	3.84	26	175	97.2	5	2.7	180
No	0	0	0	0	0	1	100	0	0	1
¿ CONOCE A ALGUIEN QUE ESTE INFECTADO POR EL VIH O QUE HAYA MUERTO DE SIDA?										
si	19	95	1	5	20	135	99.6	1	0.4	136
no	6	100	0	0	6	41	91.1	4	8.8	45
¿ TIENE USTED ALGUN PARIENTE O AMIGO CERCANO QUE ESTE INFECTADO CON VIH O QUE HAYA MUERTO DE SIDA?										
Si, un pariente cercano	3	100	0	0	3	13	100	0	0	13
Si, un amigo cercano	7	87.5	1	12.5	8	26	96.29	1	3.7	27
no	15	100	0	0	15	95	100	0	0	95
¿ PUEDEN LAS PERSONAS PROTEGERSE A SI MISMAS DEL VIH, EL VIRUS QUE CAUSA EL SIDA, UTILIZANDO UN CONDON DE MANERA CORRECTA CADA VEZ QUE SE TENGAN RELACIONES SEXUALES?										
si	22	95.65	1	4.3	23	132	97.7	3	2.2	135
no	3	100	0	0	3	35	97.2	1	2.7	36
no sabe	0	0	0	0	0	8	88.8	1	11.11	9
¿ PUEDE UNA PERSONA INFECTARSE DE VIH POR UNA PICADA DE MOSQUITO?										
Si	15	93.75	1	6.25	16	102	95.3	5	4.6	107
No	6	100	0	0	6	46	100	0	0	46
no sabe	4	100	0	0	4	27	100	0	0	27
¿ PUEDEN LAS PERSONAS PROTEGERSE A SI MISMA DEL VIH AL TENER UNA PAREJA SEXUAL FIEL QUE NO ESTE INFECTAD?										
si	24	100	0	0	24	138	97.8	3	2.13	141
no	1	50	1	50	2	31	100	0	0	31
no sabe	0	0	0	0	0	5	71.4	2	28.5	7
no hay respuesta	0	0	0	0	0	1	100	0	0	1
¿ PUEDEN LAS PERSONAS PROTEGERSE ASI MISMAS DEL VIH AL ABSTENERSE DE TENER RELACIONES SEXUALES?										
si	22	95.65	1	4.34	23	108	98.1	2	1.8	110
no	3	100	0	0	3	57	95	3	5	60
no sabe	0	0	0	0	0	8	100	0	0	8
no hay respuesta	0	0	0	0	0	2	100	0	0	2
¿ PUEDE UNA PERSONA INFECTARSE DEL VIH AL COMPARTIR UNA COMIDA CON ALGUIEN QUE ESTA INFECTADO?										
si	11	100	0	0	11	57		2		59
no	13	92.85	1	7.14	14	101		3		104
no sabe	0	0	0	0	0	16	100	0	0	16
no hay respuesta	0	0	0	0	0	1	100	0	0	1
¿ PUEDE UNA PERSONA ADQUIRIR EL VIH AL INYECTARSE CON UNA AGUJA QUE ALGUIEN MAS YA UTILIZO?										
si	25	96.15	1	3.84	26	172	97.1	5	2.8	177
no	0	0	0	0	0	1	100	0	0	1
no sabe	0	0	0	0	0	2	100	0	0	2
¿ PIENSA QUE UNA PERSONA QUE SE VE SALUDABLE PUEDE ESTAR INFECTADA CON VIH, EL VIRUS QUE OCASIONA EL SIDA?										
si	24	96	1	4	25	161	96.9	5	3.01	166
no	1	100	0	0	1	7	100	0	0	7
no sabe						6	100	0	0	6
¿ PUEDE UNA EMBARAZADA QUE ESTA INFECTADA CON VIH O SIDA TRANSMITIR EL VIRUS A SU BEBE?										
si	23	95.83	1	4.16	24	144	96.6	5	3.3	149
no	1	100	0	0	1	13	100	0	0	13
no sabe	1	100	0	0	1	17	100	0	0	17
no hay respuesta	0	0	0	0	0	1	100	0	0	1
¿ PUEDE UNA MUJER CON VIH O SIDA TRANSMITIR EL VIRUS A SU NIÑO RECIEN NACIDO A TRAVÉS DE LA LACTANCIA MATERNA?										
si	18	94.73	1	5.26	19	95	98.9	1	1.04	96
no	4	100	0	0	4	28	100	0	0	28
no sabe	3	100	0	0	3	52	92.9	4	7.14	56
¿ EXISTE LA POSIBILIDAD EN SU COMUNIDAD DE QUE ALGUIEN PUEDA OBTENER UNA PRUEBA CONFIDENCIAL PARA AVERIGUAR SI ESTA INFECTADO POR EL VIH? AL DECIR CONFIDENCIAL ME REFIERO NADIE SABRA EL RESULTADO SI NO SE QUIERE QUE SE SEPA										
si	11	91.66	1	8.33	12	73	97.3	2	2.6	75
no	7	100	0	0	7	80	98.7	1	1.2	81
no sabe	6	100	0	0	6	22	91.6	2	8.3	24
no hay respuesta	1	100	0	0	1	0	0	0	0	0

FUENTE: Elaboración propia del investigador

4.3 Determinación de la práctica sexual de riesgo de la PPL del Distrito de Cartagena

De los 272 reclusos que participaron en la investigación el 99.3 % manifestó haber tenido prácticas sexuales coito vaginal con penetración, la media de la edad de inicio de la actividad sexual fue de 15.65 años (mediana= 15; P25-P75=14-17), moda de 15, edad mínima de inicio a los 10 años y edad máxima de 31 años.

La media del número de parejas en los últimos 12 meses fue de 2.43, con una mediana de 1, el 48.3% tuvo más de una pareja sexual y el 23.2% no tuvo pareja sexual en los últimos 12 meses.

El 15.2% manifestó haber tenido alguna vez en su vida prácticas sexuales homosexuales, de ellos, el 17.1% manifestó prácticas sexuales penetrativas en los últimos 12 meses, frente a un 73.20% que manifestó no. Un 9.8% no respondió a esta pregunta. La media del número de parejas sexuales en el último año fue de 1.4 (mediana=1; P25-P75=1-2), el 71.4% manifestó relaciones sexuales orales sin el uso de condón, de ellos el 80% manifestó relaciones sexuales con parejas diferentes.

El 40% de los reclusos participantes que manifestaron prácticas sexuales orales con personas del mismo sexo aceptaron eyacular en la boca de otro hombre. Del total de los entrevistado en los que se evidenció sexo con parejas del mismo sexo, el 71.40% manifestó prácticas sexuales anales donde el 80% presenta el papel activo en la relación y solo en un 20% se acepta el papel receptivo, el 80% niega el uso del condón, el 100% manifestó que no fueron relaciones de tipo comercial.

Tabla 4-8: Antecedentes sexuales: número y tipos de pareja de la PPL, Cartagena 2008-2009

VARIABLE	N	%	Total
Practica sexuales en los últimos 12 meses			
Si	207	76,1	272
No	64	23,5	272
No ha tenido relaciones sexuales	1	0,36	272
Practica sexuales con parejas del mismo sexo			
Si	41	15,2	270
No	228	84,4	270
No Hubo Respuesta	1	0,4	270
Practica sexuales en los últimos 12 meses con			
Esposa o Conviviente	192	92,8	207
Trabajadora sexual	18	8,7	207
Amigas	75	36,2	207
Pareja del mismo sexo	7	17,1	41

Tabla 4-8: (Continuación)

Practica sexuales en los últimos 30 días con			
Esposa o Conviviente	138	74,19	*186
Trabajadora sexual	11	61,1	18
Amigas	41	58,5	*70
Pareja del mismo sexo	7	100	7
Uso de condón con			
Esposa o Conviviente	12	8,7	138
Trabajadora sexual	3	27,3	11
Amigas	11	26,8	41
Pareja del mismo sexo	1	14,28	7
Tuvo Prácticas sexuales sin condón en los últimos 12 meses			
Si	181	87,4	207
No	26	12,6	207
*No se obtuvo información del total de PPL incluida			

Fuente: Elaboración propia del investigador.

4.4 Características de la PPL Vulnerable y no Vulnerable según comportamientos y prácticas sexuales

Con relación a la variable redefinida como sexo seguro (uso apropiado del condón en todas las relaciones sexuales) se observó que del total de los participantes que manifestaron tener relaciones sexuales durante los últimos doce meses, el 87.4% manifestó tener sexo inseguro, solo en el 12.6% se evidencio sexo seguro. Por cada hombre que tiene sexo seguro hay 7 hombres que tiene sexo inseguro, la situación en las mujeres es 1 de cada 5, se evidencia que por cada 15 hombres que consumen bebidas que contienen alcohol 14 experimentan prácticas sexuales inseguras, con relación a consumo de drogas por cada 13 hombre que manifestó el consumo de drogas 12 experimentan sexo inseguro, el 100% de los PPL que ingieren bebidas que contienen alcohol y que tienen prácticas sexuales inseguras son hombres. Ver tabla No 4-9

Tabla 4-9: Características de internos según comportamientos y prácticas sexuales

VARIABLES	SEXO SEGURO					SEXO INSEGURO				
	Hombre	%	Mujer	%	Total	Hombre	%	Mujer	%	Total
ESCOLARIDAD										
No asistió a centro educativo	0	0	0	0	0	6	100	0	0	6
Primaria Incompleta	4	100	0	0	4	38	97.4	1	2.56	39
Primaria Completa	7	100	0	0	7	21	100	0	0	21

Tabla 4-9: (Continuación)

EN EL ULTIMO AÑO HA CONSUMIDO O SE HA INYECTADO DROGAS										
Si	7	100	0	0	7	86	100	0	0	86
No	18	94	1	6	19	90	94.7	5	5.26	95
*p 0.02										
TATUAJES										
Si	4	100	0	0	4	40	100	0	0	40
No	21	95	1	5	22	136	96.45	5	3.54	141

Fuente: Elaboración Propia del investigador

4.5 Frecuencia y calidad de uso de preservativos en PPL

El 68.1% de los entrevistados que manifestaron haber tenido relaciones sexuales en algún momento de su vida aseguraron hacer uso del condón al menos en una relación sexual, mientras que el 31.9% manifestó nunca en su vida sexual haber utilizado un condón.

De los participantes que declararon haber tenido relaciones sexuales en los últimos 12 meses, el 87.4% tuvo alguna vez relaciones sexuales sin utilizar un condón con cualquier pareja sexual, regular, comercial, no regular o no comercial. El 81.3% reportó nunca haber utilizado condón con pareja regular, el 11.5% utilizarlo algunas veces, el 1.6% casi todo el tiempo, el 4.7% reportó utilizarlo todo el tiempo, un 1% no respondió a esta pregunta. La proporción de personas con relación al uso del condón durante el último año con parejas sexuales comerciales es un 50% nunca lo utilizaron, 22.4% algunas veces y el 27.3% todo el tiempo. Para relaciones sexuales con parejas no regulares y no comerciales el 52% de los encuestados dice nunca haberlo utilizado, el 14.6% dice algunas veces, el 5.3% casi todo el tiempo y el 26.8% todo el tiempo, el 1.3% no contesto a esta pregunta.

La confianza en la parejas durante una relación sexual es una razón declarada por los participantes para no usar condón (50.8% con parejas regulares, 37.5 parejas comerciales, 16.6% parejas no comercial o no regular), en un segundo lugar la manifestación de no gusto del condón durante el acto sexual (19% pareja regula, 37.5% pareja comercial, 33.3% pareja no comercial no regular).

A las personas que contestaron negativamente al uso del condón se les indagó sobre las razones (Ver Tabla 4-10).

Tabla 4-10: Razones de no uso de condón en la última relación sexual en PPL. Cartagena 2008-2009

VARIABLES	Regular			Comercial			No regular no comercial		
	N	%	Total	N	%	Total	N	%	Total
No habían disponibles	14	11,1%	126				6	20,0%	30
Confío en mi pareja	64	50,8%	126	3	37,5%	8	5	16,7%	30
La pareja no está de acuerdo	2	1,6%	126						
No me gusta	24	19,0%	126	3	37,5%	8	10	33,3%	30
Mi pareja está sana	16	12,7%	126	1	12,5%	8	3	10,0%	30
No pensaron que fuera necesario	13	10,3%	126	1	12,5%	8	1	3,3%	30
No pensaron en eso	6	4,8%	126				2	6,7%	30
La pareja no tiene VIH	1	0,8%	126						

Fuente: Elaboración propia del investigador.

Al indagar en los reclusos que utilizó condón en la última relación sexual quién había decidido el uso de éste, se observa que es iniciativa propia el uso del condón en una relación sexual con cualquier pareja (58.3% pareja regular, 66.7% pareja comercial, 81.8% pareja no regular no comercial) Tabla 4-11.

Tabla 4-11: Decisión de uso del condón en la última relación sexual en PPL. Cartagena 2008-2009

VARIABLES	Regular			Comercial			No regular no comercial		
	n	%	Total	n	%	Total	n	%	Total
<i>Yo mismo</i>	7	58,3	12	2	66,7	3	9	81,8	11
<i>Mi pareja</i>	1	8,3	12				1	9,1	11
<i>Una decisión en conjunto</i>	4	33,3	12	1	33,3	3	1	9,1	11
<i>No sabe</i>									
<i>No hay respuesta</i>									

Fuente: Elaboración propia del investigador.

De los entrevistados el 62.9% conoce algún lugar o persona de donde se puedan obtener los condones, el 33.8% desconoce, el 3.3% no dio respuesta al interrogante. Al indagar sobre los lugares o personas que ellos reconocen en donde podrían obtener condones se observa que en un 57.30% los entrevistados declaran que son con los mismos internos con quienes ellos pueden adquirir un condón. El 64.6% de ellos piensa que lo podrían adquirir en un tiempo menor a 1 hora, en un 18.71% manifiestan que los adquieren en el cárcpete (lugar autorizado por la guardia para venta de artículos). De ellos el 67.7% declaran que se puede conseguir en un tiempo menor a una hora, la autoridad local de

salud del distrito de Cartagena y la familia con un 12.28% y 11.69% respectivamente con relación a la autoridad local de salud del distrito de Cartagena el 52.4% manifiesta que no sabe en qué tiempo conseguirlo y con la familia el 50%, en un 7% reconocen el servicio de sanidad penitenciaria como un lugar para la adquisición de un condón y el 50% de ellos manifiestan que pueden adquirirlo en menos de una hora, el personal de enfermería del establecimiento penitenciario es reconocido en un 1.75%.

4.6 Factores asociados a conductas sexuales riesgosas o niveles de riesgo y conocimientos, actitudes y otras prácticas

Con relación a la variable redefinida nivel de riesgo se observa que el 37.7% (índice de confianza 95%) de quienes habían tenido relación sexual en los últimos doce meses presentaron un nivel máximo de comportamientos de riesgo (nunca utilizar condón en RSP y tener más de un compañera(o) sexual en los últimos 12 meses). Los factores que se correlacionan con estar en este nivel de riesgo son: tener relaciones sexuales no comerciales no regulares (amigas) en los últimos doce meses OR=4.51, (IC=2.41-8.50), $p<0.01$, hacerse tatuajes al interior del centro penitenciario OR=2.15, (IC=1.04-4.46), $p<0.02$, el uso de drogas no intravenosa OR=2.65, (IC=1.43-4.92), $p<0.01$, el tener relaciones sexuales con personas del mismo sexo OR=5.38, (IC=2.29-12.88), $p<0.01$, y el consumo de bebidas alcohólicas OR=2.35, (IC=1.27-4.35), $p<0.04$. El tener relaciones sexuales en los últimos 12 meses con la esposa se correlaciona un factor protector para el nivel de riesgo máximo OR=0.20, (IC=0.11-0.36), $p<0.01$. El 58.5% clasificaron para nivel de riesgo intermedio. Se observa como factores que se correlacionan con este nivel, el tener relaciones sexuales con la esposa o compañera regular OR 5.69, (IC=3.07-10.63), $p<0.01$. Solo en una minoritaria proporción se evidenció un nivel mínimo de riesgo 3.9% (utilizar siempre condón en RSP y haber tenido solo un compañera(o) sexual en los últimos 12 meses); no se evidencian factores relacionados estadísticamente significativa con este nivel de riesgo. No se evidencia que la religión o el nivel de escolaridad tengan una asociación de riesgo o de protección para comportamientos de riesgos categorizados como nivel máximo, nivel intermedio y nivel mínimo.

Tabla 4-12: Asociaciones entre las conductas sexuales riesgosas o niveles de riesgo y variables de interés en VIH/SIDA en PPL participante, del Distrito de Cartagena

Variable	Nivel Máximo		Nivel Intermedio		Nivel Mínimo	
	OR	IC 95%	OR	IC 95%	OR	IC 95%
Tener relaciones sexuales no comerciales no regulares en los últimos 12 meses	4.51	2.41 – 8.50	-	-	-	-
Tatuajes	2.15	1.04 – 4.46	-	-	-	-
Uso de drogas no intravenosa	2.65	1.43 – 4.92	-	-	-	-
Tener relaciones sexuales con personas del mismo sexo	5.38	2.29 – 12.88	-	-	-	-
Consumo de bebidas alcohólicas	2.35	1.27 - 4.35	-	-	-	-
Tener relaciones sexuales con la esposa o compañera regular en los últimos 12 meses	0.20	0.11 – 0.36	5.69	3.07 – 10.63	-	-

El resultado final del análisis multivariado a través de un modelo de regresión logista mostró que la posibilidad de tener niveles máximos de comportamiento de riesgo en reclusos que tienen relaciones sexuales con parejas no comerciales y no regulares y que han consumido drogas en el último año podría aumentarse probablemente hasta 14 (IC 95%: 6.7, 29.6) $p < 0.005$ y 2 veces (IC 95%: 1.02, 4.83) $p < 0.005$ la posibilidad en reclusos que no tienen relaciones sexuales con parejas no comerciales y no regulares y que no han consumido drogas en el último año respectivamente.

Tabla 4-13: Modelo de regresión logística para las características de relaciones sexuales con pareja no regular y no comercial durante los últimos 12 meses, tatuaje, uso de drogas, parejas sexuales masculinas, ingerir bebidas que contienen alcohol. En PPL participante con nivel máximo de riesgo para adquirir VIH/SIDA. Análisis Bivariado

VARIABLES	ANÁLISIS BIVARIADO		
	OR	95% IC	P
Relaciones sexuales con pareja no regular y no comercial durante los últimos 12 meses	14.7368	7.3692 29.4705	0.0000

Tabla 4-13: (Continuación)

Tatuajes	2.1506	1.0952 4.2231	0.0261
¿Durante el último año ha consumido o se inyectó drogas?	2.7356	1.5330 4.8818	0.0007
¿Ha tenido parejas sexuales masculinas?	3.5700	1.5521 8.2114	00.0028
¿Durante el último mes ha ingerido bebidas que contienen alcohol?	2.3469	1.3214 4.1684	0.0036

Tabla 4-14: Modelo de regresión logística para las características de relaciones sexuales con pareja no regular y no comercial durante los últimos 12 meses, tatuaje, uso de drogas. En PPL participante con nivel máximo de riesgo para adquirir VIH/SIDA. Análisis Multivariado

VARIABLES	ANÁLISIS MULTIVARIADO		
	OR	95% IC	P
Relaciones sexuales con pareja no regular y no comercial durante los últimos 12 meses	14.1664	6.7795 29.6021	0.0000
¿Durante el último año ha consumido o se inyectó drogas?	2.2264	1.0258 4.8322	0.0429

5. Discusión

Se evidencia una población predominantemente masculina, adulta joven, con un alto porcentaje de población que carece de un nivel secundario completo. Respecto al estado civil soltero(a) corresponde a la mayoría de los internos entrevistados, además de una reincidencia en ingresos previos al centro penitenciario del 40% de la población, características estas muy similares encontradas en estudios realizados en otros centros penitenciarios de países de América latina, como por ejemplo las descritas por Izazola y Colaboradores¹¹⁴ en la situación actual del VIH/SIDA en prisiones en México, en donde se evidenció un alto porcentaje de internos entre 25 y 33 años de edad con predominio del sexo masculino y un índice muy bajo de internos que han contraído matrimonio civil o religioso. Con relación a este estudio se evidenció un alto porcentaje de internos que solo contaban con nivel educativo básico, datos estos muy similares a otro estudio realizado PPL en Nicaragua Almendárez y colaboradores donde el 86% de la PPL registraban tener entre 22 a 39 años, el 62.3% posee nivel de escolaridad básica completa, el 35.5% son solteros¹¹⁵. En un estudio basal de prevalencia de sífilis y VIH/SIDA y comportamientos asociados en población privada de libertad, realizado por Cárcamo y Colaboradores¹¹⁶. El 90% de la población correspondió al sexo masculino, una media de la edad de 32 años la mayor parte (40,9%) de los entrevistados tuvieron como estado civil la convivencia. Así mismo, en un estudio realizado en personas privadas de la libertad en Francia, España, se encontró mediante análisis multivariado una asociación significativa de la infección por VIH/SIDA con el número de internamientos de los internos^{117, 118}. Se observa que la mayoría de los reclusos de nuestra investigación procede de la ciudad de Cartagena y de la Costa Atlántica y que una mínima proporción son extranjeros.

¹¹⁴ IZAZOLA LICEA, Sara; LABASTIDA DÍAZ, Antonio y VILLANUEVA CASTILLEJA, Ruth. Op. cit., p. 60.

¹¹⁵ ALMENDÁREZ PERALTA, Juan. Op. cit., p. 43.

¹¹⁶ CARCAMO, Cesar et al. Estudio Basal de prevalencia de Sífilis y VIH y Comportamientos Asociados en Población Privada de Libertad, Perú 1999. En: Rev Peru Med Exp Salud Pública. 2003, vol. 20 no. 1, p. 9-14.

¹¹⁷ CARBAJAL, CL et al. Epidemiological study of prisoners at risk for AIDS in a Spanish prison. Op. cit., p. 382-6.

¹¹⁸ ROTILY, Michel et al. Op. cit, p. 1341-4.

Esta investigación evidencia características sociodemográficas similares en otros estudios que ratifican a la población privada de la libertad como un grupo social en condición de vulnerabilidad¹¹⁹. Condiciones o características estas que tienen inherencia en la vulnerabilidad y riesgo para adquirir VIH/SIDA^{120, 121, 122, 123, 124}. En Nicaragua en una investigación sobre Seroprevalencia del VIH/SIDA en privados/as de libertad reclusos en el Sistema Penitenciario de Chinandega, en el 2007, se encontró una seroprevalencia de 1.7% (2 casos de 112 privados de libertad) correspondiendo el 100% de las positividad al sexo masculino y a los intervalos de edad que oscilaban entre los 20- 29 años de edad¹²⁵. Por ello resulta importante la configuración de la problemática o de las condiciones que determinan los riesgos conocidos para la infección es decir riesgo para el riesgo en contextos de vulnerabilidad que aumenten la posibilidad de impacto de las estrategias utilizadas para su control y reflejando así cambios actitudes y prácticas¹²⁶. Esto se puede explicar dado que Muchas de las intervenciones sociales, consideran que las acciones que se toman frente a cualquier problema de tipo social pueden ser generales y actúan bajo el precepto de atender bajo los mismos parámetros a la mayoría es decir se necesita un enfoque diferencial de las intervenciones que considere tratar a personas en situaciones similares de forma igual, y aquellas que están en situaciones distintas tratarse de manera distinta, en forma proporcional a dicha diferencia¹²⁷.

Prácticas sexuales de riesgo y utilización del preservativo. La PPL participante tiene prácticas de relaciones sexuales que pueden llegar a ser riesgosas con parejas regulares o comerciales¹²⁸. Como forma de calmar el miedo y la tensión de la vida carcelaria¹²⁹. Esto es una realidad, pero también es muy real que los factores de riesgo que se asocian a una mayor sero prevalencia de VIH/SIDA son actividad sexual sin protección, múltiples

¹¹⁹ PROGRAMA CONJUNTO de Naciones Unidas sobre el VIH/Sida – ONUSIDA. Guías técnicas del proyecto INTEGRA: Modelo de gestión integral de servicios de salud sexual y reproductiva y prevención de la infección por VIH. Op. cit., p. 189-193.

¹²⁰ ALMENDÁREZ PERALTA, Juan. Op. cit., p. 43.

¹²¹ MAGIS, Carlos y BARRIENTOS, Hermelinda. Op. cit., p. 22.

¹²² CARBAJAL, CL et al. Epidemiological study of prisoners at risk for AIDS in a Spanish prison. Op. cit., p. 382-6.

¹²³ ROTILY, Michel et al. Op. cit, p. 1341-4.

¹²⁴ USAID/DFID/FHI. Directrices para encuestas del comportamiento repetidas en poblaciones en riesgo al VIH. 2000. Op. cit., p. 48.

¹²⁵ ALMENDÁREZ PERALTA, Juan. Op. cit., p. 43.

¹²⁶ HERNES, Gudmund. La UNESCO contra el VIH/SIDA. Op. cit., p. 1-9.

¹²⁷ COLOMBIA. Ministerio de la protección social - UNFPA. Guía de prevención de VIH/Sida. Población privada de la libertad. Op. cit., p. 1-135.

¹²⁸ REYES, Hernán. El VIH en Establecimientos Penitenciarios. Op. cit., p. 20.

¹²⁹ ZARATE, Eduardo et al. Op. cit., p. 148-158.

parejas sexuales, conductas homo o bisexuales¹³⁰. Este tipo de conductas podría ser el resultado de la interacción compleja entre procesos individuales y sociales que moldean la vida cotidiana de los seres y grupos humanos en relación con el entorno cultural y social y con las instituciones, las estructuras y los modelos establecidos que determinan la manera de comprender, asumir y comportarse en el mundo¹³¹, como lo expone la teoría del comportamiento planeado.

Estudios realizados (Sabitú K, Z Ilyasu, Josué IA) evidencio que 64 (14,9%) de los internos reportaron haber tenido relaciones sexuales en prisión. Estos encuentros sexuales eran homosexuales en el 56,2% de los casos y heterosexuales en el 43,8% de los casos¹³². Estudios similares realizados en Lagos, Nigeria, evidencio que muchos reclusos (42,8%) dijeron que sabían que la homosexualidad era la práctica sexual más frecuente en la cárcel¹³³.

Esta investigación evidenció una proporción de relaciones sexuales entre hombres de 17.1%, valor superior a los evidenciados por Cárcamo y colaboradores 7.3%; e inferior a los reportados y a lo evidenciado en una encuesta realizada 1993 en Rio de Janeiro (Brasil), el cual indicó que el 73% de los presos varones habían tenido relaciones sexuales con otros hombres en la cárcel. Por el contrario encuestas recientes llevadas a cabo en Zambia, Australia y Canadá arrojan cifras que oscilan entre el 6% y el 12%. Un estudio realizado en población de alto riesgo en la ciudad de Cartagena entre noviembre de 1993 y abril de 1995 sobre prevalencia de infección por el VIH/SIDA y sus factores de riesgo, los factores de riesgo que se asociaron significativamente con la infección por VIH/SIDA fueron la conducta homo-bisexual vs la conducta heterosexual (razón de prevalencia (RP = 13, IC95 por ciento: 4,3-34,8) y prácticas de sexo anal (RP=7, IC 95%: 2,4-19)¹³⁵. La metodología evidenciada en todos estos estudios se enmarcan en encuestas transversales pero asumir una condición homosexual o una práctica sexual con personas del mismo sexo no resulta para muchas individuos fácil de aceptar especialmente por el temor de las personas a ser descubiertas y por el estigma social que representa esta orientación sexual para algunas culturas, como la cultura de la costa colombiana, donde este tipo de prácticas resultan discriminatorias y estigmatizadas, acentuándose aun mas en condiciones de privación de la libertad.

¹³⁰ ALMENDÁREZ PERALTA, Juan. Op. cit., p. 43.

¹³¹ PROGRAMA CONJUNTO de Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA – ONUSIDA. Guías técnicas del proyecto INTEGRA: Modelo de gestión integral de servicios de salud sexual y reproductiva y prevención de la infección por VIH. Op. cit., p. 189-193.

¹³² SABITU, K; ILIYASU, Z. and JOSHUA, IA. Op. cit., p. 52-8.

¹³³ ODUJINRIN, MT. and ADEBAJO, SB. Op. cit., p. 191-8.

¹³⁴ CARCAMO, Cesar et al. Op. cit., p. 9-14

Con relación al número de parejas sexuales, esta investigación encontró que el 48.3% tuvo más de una pareja sexual, valor mayor que los reportados por otros estudios como Perú 1999 donde el 39.7% de los entrevistados tuvo más de una parejas durante los últimos 12 años¹³⁴. Al comparar la proporción de entrevistados que manifestaron relaciones sexuales con trabajadoras sexuales esta investigación fue menor (8.7%) que la evidenciada en Perú 1999 (13.4%), aunque al mirar este comportamiento en la presente investigación, en los últimos 30 días se observa que el 61.1% de estos manifiestan haber tenido relaciones sexuales con trabajadoras sexuales. La denominación de tener relaciones sexuales con amigas en el último mes se evidenció en una proporción de 58.5%, valor éste mayor con relación al estudio de Cárcamo y Colaboradores (26%).

A través de análisis multivariado realizado en esta investigación, se evidenció dos factores que aumentan la probabilidad de que la PPL desarrollara nivel de riesgo máximo asociado con VIH/SIDA: las relaciones no comerciales y no regulares (relaciones con “amigas”), y el uso de drogas. Otros investigadores reportan hallazgos parecidos como el estudio de seroprevalencias realizado en el sistema penitenciario de Chinandega - Nicaragua entre enero a junio de 2007 que muestra prevalencias para VIH/SIDA de 3.2% en reclusos con múltiples parejas sexuales. Estos resultados fueron obtenidos por medio de modelos de ecuaciones estructurales, que señalan como indicador de asociación con infección por VIH/SIDA las relaciones con más de dos parejas sexuales¹³⁵.

Por otro lado con relación a la utilización del preservativo en este estudio se evidencia prácticas sexuales inseguras dado que solo el 68.1% han utilizado preservativo en algún momento de su vida y como agravante al analizar este comportamiento en los últimos 12 meses se evidencia una reducción muy significativa de este comportamiento a solo un 12.6%. Tendencia ésta muy inferior a la evidenciada por un estudio transversal realizado en Nicaragua en el 2004¹³⁶, donde el uso del preservativo se observó en el 19.4% en hombres y en el 16.9% en mujeres y en Estudios similares realizados en Lagos, Nigeria donde el 56,3% afirmó haber utilizado el condón alguna vez, aunque sólo el 38,7% lo utilizó en su última relación¹³⁷. Dato este muy superior a lo evidenciado en nuestra investigación. En centros penitenciarios de la ciudad de México se evidenció que el 42% de la población reclusa utiliza protección durante las relaciones sexuales¹³⁸. Este

¹³⁵ NAVAS, Maria et al. Op. cit., p. 230-8.

¹³⁶ CARCAMO, Cesar et al. Op. cit., p. 9-14.

¹³⁷ Anielka M, Gauffreau L, Castillo L, Matute A, Matus G. del VIH/SIDA en privados/as de libertad reclusos en el Sistema Penitenciario de Chinandega, en el periodo Enero-Junio del 2007. Editorial Universitaria, ISSN 2071-2573, Volumen 2, Número 2, 2008, © 2008 UNAN-León.

¹³⁸ ALMENDÁREZ PERALTA, Juan. Op. cit., p. 43.

¹³⁹ ODUJINRIN, MT. and ADEBAJO, SB. Op. cit., p. 191-8.

¹⁴⁰ IZAZOLA LICEA, Sara; LABASTIDA DÍAZ, Antonio y VILLANUEVA CASTILLEJA, Ruth. Op. cit., p. 60.

comportamiento en nuestro estudio varía dependiendo del tipo de pareja con la cual se tenga la relación, siendo con la pareja regular el porcentaje más alto de no uso 81.3% hallazgos estos algo mayor a los mostrados en una encuesta CAP para la prevención aplicada en el año 2004 en cinco centros de reclusión de Bogotá(Cárcel Distrital, cárcel la Modelo, Centro de reclusión femenina El Buen Pastor, Escuela de Trabajo; El redentor y Hogar femenino Luis Amigo) la cual reportó que el 76.7% no utilizó preservativo durante la última relación sexual con su pareja estable¹³⁹, investigaciones realizadas en la Cárcel Distrital de Varones y Anexo de Mujeres en la ciudad de Bogotá encontró además, en cuanto a la utilización del preservativo en el último contacto sexual, que no fue utilizado por el 92.3% de quienes reportaron tener Prácticas Sexuales Penetrativas¹⁴⁰. Tendencia esta superior a la evidenciada en esta investigación donde el 87.4% manifestó prácticas sexuales en los últimos doce meses sin preservativos. Estudios realizados en Uruguay concluyen que un indicador altamente confiable para definir el perfil de percepción de riesgo para VIH/SIDA en población sexualmente activa es el uso del preservativo, es decir la PPL en esta investigación podría no sentirse en riesgo de contraer la infección por VIH cuando están con su pareja regular, la confianza en esa persona disminuye los niveles de riesgo que se pueda percibir con la pareja regular, Se destaca además que la confianza y el pensar que la pareja se encuentra sana son argumento para no hacer uso del condón; en el presente estudio fue del 12.7%, mientras que en estudios previos ha llegado hasta el 55%¹⁴¹. Lo que evidencia que la población estudiada que no usó condón lo hizo por razones diferentes a esta, es decir, que el nivel de confianza en la salud de la pareja fue menos determinante para esta práctica, se evidencia entonces la necesidad de mejorar ciertas condiciones socio demográficas que mejoren ciertos procesos individuales y sociales que incentiven cambios conductuales que reduzcan la vulnerabilidad de esta población al VIH¹⁴².

Al analizar los resultados obtenidos en la encuesta se puede resaltar en lo referente a la ingesta de bebidas alcohólica que el 41.8% ha ingerido bebidas alcohólicas en el interior del centro penitenciario, muy similar a lo evidenciado por Cárcamo y Colaboradores, que evidenció un 42.6%¹⁴³. Se evidencia además la asociación entre la ingesta de bebidas que contienen alcohol y comportamientos de riesgos para adquirir infección por VIH, hallazgos estos similares a los evidenciados en otras investigaciones^{144, 145}, es importante

¹⁴¹ UNFPA/SDS de Bogotá, Fundación Henry Ardila/LCLC el sida/Fundación Procrear/Assur. Op. cit., p. 50.

¹⁴² SANCHEZ, Vanessa y GARAVITO, Carlos. Op. cit., p. 46.

¹⁴³ PARKER, Richard. Op. cit., p. 160.

¹⁴⁴ PROGRAMA CONJUNTO de Naciones Unidas sobre el VIH/Sida – ONUSIDA. Guías técnicas del proyecto INTEGRA: Modelo de gestión integral de servicios de salud sexual y reproductiva y prevención de la infección por VIH. Op. cit., p. 189-193.

¹⁴⁵ CARCAMO, Cesar et al. Op. cit., p. 9-14.

¹⁴⁶ De OLIVEIRA L C; PEREIRA, R G. and REIS, U C. Prevalence of infection in alcoholics. *In:* Mem Inst Oswaldo Cruz. 2001, vol. 96, p. 21-3.

¹⁴⁷ KOBLIN, Beryl et al. Risk factors for HIV infection among men who have sex with men. *In:* AIDS. 2006, vol. 20, p. 731-9.

mentar que el consumo de alcohol es uno de los factores asociados al VIH que se conoce con menos evidencia científica, investigadores como Izazola y Colaboradores¹⁴⁶. Han evidenciado consumo de drogas y falta de preocupación en la realización de tatuajes dentro de establecimientos penitenciarios, esta investigación evidenció una proporción bastante considerable con relación al consumo de drogas 45.2% además que se asocia a comportamientos máximos de riesgo como mayor número de parejas sexuales en los últimos 12 meses y no uso de preservativos características estas que aumentan el riesgo de adquirir infección por VIH. Importante mencionar que en los sistemas penitenciarios del distrito de Cartagena aun no se evidencia el consumo de drogas intravenosas pero hay que considerar que esta practicas se está presentando en los establecimientos penitenciarios y carcelarios en Colombia, Según el estudio realizado en Bogotá en el año 2007¹⁴⁷. Identificó un 6,1% de consumo de drogas intravenosas (morfina, heroína). Los factores asociados al consumo de sustancias psicoactivas fueron: ser hombre, ser menor de 33 años y estar sentenciado., a nivel de los sistemas penitenciarios europeos las investigaciones^{148, 149, 150} concluyen que el uso de drogas intravenosas es una variable que se asocia y predice el riesgo para infección por VIH.

El estudio de Cárcamo y Colaboradores evidenció que el 22.4% de los entrevistados refirió haberse realizado uno o más tatuajes en los últimos 5 años¹⁵¹. Al analizar nuestros hallazgos se encontró que los reclusos que se realizan tatuaje al interior del centro penitenciario 18.8% evidencian mayor probabilidad de tener mayor número de parejas sexuales en los últimos 12 meses y no usar de preservativos OR=2.15, (IC=1.04-4.46), $p<0.02$. En España un estudio sobre Evaluación de la prevalencia de la infección por VIH/SIDA en Personas Privadas de Libertad en el momento de su detención durante el período 1991-1995¹⁵². Mostro prevalencia de infección por el VIH/SIDA, con significación estadística en personas con un tatuaje del 29,9% estos resultados pueden ser el resultado de considerar a la práctica del tatuaje al interior de los sistemas penitenciarios y carcelarios de todo el mundo, un ritual de inicio o identificación de un pabellón o área al interior, se desconoce al interior de los centros penitenciarios y carcelarios del distrito de

¹⁴⁸ IZAZOLA LICEA, Sara; LABASTIDA DÍAZ, Antonio y VILLANUEVA CASTILLEJA, Ruth. Op. cit., p. 60.

¹⁴⁹ NAVAS, María et al. Op. cit., p. 230-8.

¹⁵⁰ SÁNCHEZ, Martin. Evaluation of the prevalence of HIV infection in prison inmates at the time of their imprisonment during the period 1991-1995. Op. cit., p. 269-80.

¹⁵¹ CARBAJAL, CL et al. Epidemiological study of prisoners at risk for AIDS in a Spanish prison. Op. cit., p. 382-6.

¹⁵² ROTILY, Michel et al. HIV testing, HIV infection and associated risk factors among inmates in south-eastern French prisons. Op. cit., p. 1341-4.

¹⁵³ CARCAMO, Cesar et al. Op. cit., p. 9-14.

¹⁵⁴ SÁNCHEZ, Martin. Evaluation of the prevalence of HIV infection in prison inmates at the time of their imprisonment during the period 1991-1995. Op. cit., p. 269-80.

Cartagena los mecanismos por los cuales se dan los procesos de desinfección y/o esterilización de los elementos para tatuar.

Los resultados de esta investigación reiteran también la presencia de factores de riesgo en materia de prácticas sexuales, si se tiene en cuenta que, como ya se dijo, el comportamiento sexual de tipo homo o bisexual es el comportamiento de mayor peso con relación a la transmisión del VIH/SIDA¹⁵³. Lo que en esta población se da en el 15.2% de los encuestados. Este resultado corresponde a más del doble de prevalencia de esta práctica peligrosa con respecto al estudio previamente hecho mediante la encuesta CAP para la prevención aplicada en 2004 en cinco centros de reclusión que evidencio un 6.8%¹⁵⁴.

Todos estos comportamientos podría tener una explicación desde el punto de identidades culturales masculinas mantener el ordenamiento de género establecido son prácticas que sostienen las identidades masculinas tradicionales, cuyos patrones incrementan la vulnerabilidad de los hombres y la de sus parejas frente a la infección por VIH/Sida. Es por ello, que constituye una de las barreras más importantes en la prevención de la infección. No obstante, cabe señalar que las identidades de género son construcciones dinámicas que pueden transformarse a lo largo de la historia. En este sentido, una de las estrategias claves en la prevención del VIH/SIDA, es la generación de procesos reflexivos que alienten a mujeres y hombres a transformar imaginarios, prácticas y creencias en torno a su feminidad y/o masculinidad¹⁵⁵.

A manera general se observó que en una gran proporción la población privada de la libertad ha escuchado sobre el VIH/SIDA con 99.6%, pero evidencian en una gran proporción conceptos erróneos solo el 2.95% identifica correctamente las formas de prevenir el VIH y rechaza las principales creencias erróneas, Estudios similares muestran tendencias similares de 97,2% de la población estudiada había oído hablar del VIH/SIDA¹⁵⁶ (Sabitú K, Z Iliyasu, Josué IA) concluyeron que existen conceptos erróneos del VIH/SIDA en las cárceles nigerianas y comportamientos de riesgos. En general, el 39,5%, 48,7% y 11,8% de los encuestados tenía conocimiento bueno, regular y pobre del VIH/SIDA respectivamente¹⁵⁷. Es decir se evidencia que la PPL posee lagunas informativas con relación a los mecanismos de transmisión de la enfermedad. Quizás esto sea el resultado de enfocar las estrategias al interior del centro penitenciario con

¹⁵⁵ MORENO CHÁVEZ, Teresa. Casos de VIH/SIDA en Colombia notificados al SIVIGILA, 2008. Op. cit., p. 97-107.

¹⁵⁶ UNFPA/SDS de Bogotá, Fundación Henry Ardila/LCLC el sida/Fundación Procrear/Assur. Op. cit., p. 50.

¹⁵⁷ COLOMBIA. Ministerio de la protección social - UNFPA. Guía de prevención de VIH/Sida. Población privada de la libertad. Op. cit., p. 1-135.

¹⁵⁸ ODUJINRIN, MT. and ADEBAJO, SB. Op. cit., p. 191-8.

¹⁵⁹ SABITU, K; ILIYASU, Z. and JOSHUA, IA. Op. cit., p. 52-8.

énfasis preventivo exclusivamente al uso del preservativo, descuidando las acciones educativas como parte fundamental para transformar las practicas; más aun cuando un estudio global evidenció que 44 de los 107 países no incluían el VIH/SIDA en los programas de las instituciones educativas. Además, las personas privadas de la libertad tienen limitaciones para acceder a los medios de comunicación, los cuales han evidenciado que desempeñan un papel importante en la difusión y en la sensibilización de contenidos con relación al VIH/SIDA. Sin embargo estas acciones educativas deberán ser establecidas en un proceso de sensibilización, reconocimiento, aceptación y negociación de compromisos por parte de las PPL, en beneficio de la misma, y genere así gran impacto en cambio conductual, lo anterior descrito teniendo en consideración que un resultado común en líneas de investigación que indagan conocimientos, creencias, actitudes y prácticas en diversos grupos de población con prácticas de riesgo es que, a pesar de tener conocimiento acerca del VH/SIDA y de varias de sus formas de transmisión y prevención, un elevado porcentaje de la población registra una marcada frecuencia de comportamientos de riesgo para la transmisión de ITS/VIH/SIDA¹⁵⁸ es decir el grado de conocimiento no necesariamente obliga a una práctica o comportamiento en concordancia o en proporción a lo cognitivo. La clave del éxito en la prevención del VIH radica en favorecer o evitar ciertas conductas, pero existen una serie de premisas y pasos progresivos que facilitarán la consecución de ese objetivo final. El primero de estos es puramente cognitivo. Aunque el reconocimiento de algo, por sí solo, no es un indicador de cambio de proceder, sí se ha demostrado que cierta cantidad de información es necesaria para iniciar el proceso que conducirá a un cambio del comportamiento¹⁵⁹.

Con relación a la prevención y mecanismos de transmisión, se ha detectado un nivel de conocimiento muy superficial con respecto a la transmisión del VIH/SIDA evidenciándose un desconocimiento sobre la posibilidad de transmisión a través de la picadura de mosquito (61.6%), indicador importante porque podría abrir el campo del entendimiento del estigma y la discriminación de las personas que viven con el VIH/SIDA al interior de los centros carcelarios. La transmisión por compartir comida fue señalada en 35.68% y sobre la posibilidad de transmisión a través de reutilizar jeringas 3.7%. Vía transplacentaria 24.1% y leche materna 41%. Un estudio comparativo realizado entre 1996 y el 2003 en la Prisión Provincial de Pereira de Aguiar (Ourense)¹⁶⁰. Sobre la evolución de los conocimientos y prácticas de riesgo en relación a la infección con VIH/SIDA evidenció desconocimiento sobre vía transplacentaria hasta en un 61%, picaduras de insectos hasta en un 55%, por compartir alimentos 32% y la reutilización de jeringas hasta un 10%, leche materna no fue objeto de interés. La identificación de contagio en esta investigación para VIH a través de la reutilización de agujas 96.3% por parte de los reclusos es mucha más alta que la identificación de prácticas relacionados que protegen con mecanismos de contagio sexual por ejemplo uso de condón 78.2% sin

¹⁶⁰ BRONFMAN, Mario. Op. cit., p. 200.

¹⁶¹ CARBAJAL, CL et al. Epidemiological study of prisoners at risk for AIDS in a Spanish prison. Op. cit., p. 382-6.

¹⁶² FAÍLDER J., LAMEIRAS M. Evolución de los conocimientos y prácticas de riesgo en relación a la infección por VIH/SIDA en la Prisión Provincial de Pereira de Aguiar (Ourense) Estudio comparativo 1993 – 2003. *En: Rev Esp Sanid Penit.* 2005, vol. 7, p. 42-51.

embargo esta tendencia es mucho mayor a la evidenciada en la Cárcel Distrital de Varones y Anexo de Mujeres en la ciudad de Bogotá donde solo el 6.1% de internos reconocen el uso de preservativos como forma de prevención de la enfermedad¹⁶¹. Dato este a considerar si a futuro en estos establecimientos penitenciarios del Distrito de Cartagena se comience a evidenciar consumo de drogas IV. De igual manera nuestros hallazgos 79.7% difieren de los evidenciados en esta investigación¹⁶². Con relación a el mantenimiento de una pareja sexual estable como mecanismo preventivo el cual fue identificado por 41.5%.¹⁶⁴

En cuanto al acceso confidencial de la prueba de Elisa para VIH/SIDA al interior de la cárcel se evidencia que no existe confianza en el personal asistencial del establecimiento penitenciario, indicador éste muy importante dado que ilustra la relación del interno con su sistema sanitario. Este problema se acentúa aún más cuando se observa que internos que aun realizándose la prueba de Elisa para VIH/SIDA desconocen los resultados; dato este relevante dado que existe un porcentaje importante que aun no se realizan una prueba de Elisa para VIH/SIDA, tendencia esta que afectaría iniciativas mundiales como el conocimiento propio del estatus serológico para VIH; Considerando que el diagnóstico temprano es una herramienta importante para mejorar el nivel de sobrevivencia de las personas que viven con VIH/SIDA, esta situación evidenciada para el Distrito de Cartagena pondría de manifiesto que el sistema sanitario de las cárceles o establecimientos penitenciarios no genera la confianza en los internos para acceder a una prueba de ELISA para VIH/SIDA, importante atributo para evidenciar la situación de la infección de VIH en Colombia; es por ello que se necesita fortalecer la capacidad de respuesta de los servicios de atención en salud al interior de los centros penitenciarios que puedan garantizar la confianza en los reclusos y así mejorar las condiciones de salud de los internos,

Si bien aún es bajo el porcentaje de personas que se ha practicado 60.5% y que conoce los resultados de sus pruebas 51.8% de VIH/SIDA, éstos son mejores que los encontrados en el estudio realizado en la cárcel Distrital de Varones y Anexo de Mujeres de Bogotá¹⁶³ que evidencio que de la totalidad de la población encuestada un 13% se ha practicado la prueba de ELISA y el 83.3% conoció los resultados. Lo dicho es muestra que la situación en las cárceles es bastante desigual en este aspecto, lo que evidencia una oportunidad de acciones preventivas y educativas por parte de los organismos del estado.

Con relación al nivel de comportamientos máximo de riesgo se evidencia una proporción significativa (37.7%) superior a lo evidenciado por J M Faílde, M Lameiras¹⁶⁴ el cual fue

¹⁶³ SANCHEZ, Vanessa y GARAVITO, Carlos. Op. cit., p. 46.

³⁶⁴ SANCHEZ, Vanessa y GARAVITO, Carlos. Op. cit., p. 46.

¹⁶⁵ SANCHEZ, Vanessa y GARAVITO, Carlos. Op. cit., p. 46.

¹⁶⁶ FAÍLDER J., LAMEIRAS M. Op. cit., p. 42-51.

del 20.4%. Es por eso que en este tipo de población se debería intervenir con campañas educativas con las características descritas con anterioridad sobre riesgos inherentes a las relaciones no protegidas y facilitar el acceso a preservativos. Más aun cuando el 99% de los reclusos que clasificaron con nivel máximo de riesgo tienen alguna creencia errónea con relación a prevención o contagio, Es importante mencionar que ni la religión ni el nivel de escolaridad afectan ni positiva ni negativamente para la conducta de interés.

Respecto al sexo inseguro en lo relacionado con el uso apropiado del condón en todas las relaciones sexuales se evidenció esta variable en un 87.4%; desde la psicología estas son conductas que actúan por fuera de patrones establecidos llamándose incluso conductas irracionales¹⁶⁵. Resultantes de problemas biológicos, carencia de información o ausencia de reflexión; en contraposición las conductas que evitan el riesgo son fundamentadas en la racionalidad. Es por ello que las intervenciones realizadas en este grupo de población deberían considerar los aspectos contextuales que enmarcan las situaciones de riesgo que se desean intervenir es decir los procesos individuales y sociales que moldean la vida cotidiana de los seres y grupos humanos en este caso de las PPL en relación con el entorno cultural y social y con la institucionalidad misma del sistema penitenciario su estructura y los modelos establecidos que finalmente determinarían la manera de comprender, asumir y comportarse en el mundo penitenciario¹⁶⁶. Como por ejemplo la prestación de los servicios de salud a la PPL el poco número de profesionales disponibles frente al número de personas internas que demandan los servicios y la no disponibilidad de elementos de protección para la salud sexual y reproductiva como los condones (que no son entregados por el servicio de salud). Con respecto a este último aspecto, se conoce que es posible comprar condones al interior de las cárceles, sin embargo el acceso es limitado, entendiendo que las personas privadas de la libertad también tienen restringido el acceso al dinero y la posibilidad de contar con recursos para adquirir tales elementos¹⁶⁷.

Teniendo en cuenta el nivel de sub-notificación de casos de VIH/SIDA^{168, 169}. Resulta recomendable que a la población con mayores factores de riesgo, se le ofrezca de manera preventiva exámenes para descartar la presencia de esta enfermedad según lo dispuesto en el artículo 38 del decreto 1543 de 12 de junio de 1997. De manera que se

¹⁶⁷ LUPTON, Deborah. Risk. London: Routledge. 1999.

¹⁶⁸ PROGRAMA CONJUNTO de Naciones Unidas sobre el VIH/Sida – ONUSIDA. Guías técnicas del proyecto INTEGRA: Modelo de gestión integral de servicios de salud sexual y reproductiva y prevención de la infección por VIH. Op. cit., p. 189-193.

¹⁶⁹ COLOMBIA. Ministerio de la protección social - UNFPA. Guía de prevención de VIH/Sida. Población privada de la libertad. Op. cit., p. 1-135.

¹⁷⁰ MORENO CHÁVEZ, Teresa. Casos de VIH/SIDA en Colombia notificados al SIVIGILA, 2008. En: Informe epidemiológico. 15 de abril de 2009, vol. 14 no. 7, p. 97-107 Bogotá DC. Bogotá: Ministerio protección Social, Instituto nacional de salud. ISSN 0122-9907.

¹⁷¹ MARTÍNEZ, GP; ELEA, NA. and CHIU, AM. Epidemiology of HIV infection and acquired immune deficiency disease syndrome in Chile. In: Revista Chilena Infectología. 2006, vol. 23 no. 4, p. 321–329.

pueda prevenir con mayor oportunidad su propagación como consecuencia del desconocimiento del hecho de haberla adquirido, sumado a la ignorancia sobre los medios a través de los cuales se puede transmitir. Adicionalmente y de manera lamentable, esta población también presenta factores de riesgo para otras enfermedades de transmisión sexual, como la sífilis¹⁷⁰. Por lo que el diagnóstico oportuno y la educación adecuada parecen ser las herramientas más efectivas hasta el momento, así como el acceso a los servicios de prevención¹⁷¹.

Existen factores de riesgo que no dependen de la población privada de la libertad directamente sino de las condiciones que se viven en las instituciones carcelarias. Una de ellas es la limitación al acceso a los servicios de salud¹⁷². Este factor de riesgo puede ser reducido mediante la mayor presencia del estado a través de servicios sanitarios que no solo beneficiarán de manera directa a dicha población, sino a la sociedad en general. Sin embargo, debe tenerse en cuenta que las cárceles no son el único sitio en donde se dan las condiciones de hacinamiento, ambiente de violencia, tensión, falta de instalaciones sanitarias y falta de información sobre el VIH¹⁷³. En otros sitios pueden darse simultáneamente dos o más de esos factores, por lo que deben mitigarse y evitar así comportamientos de riesgo¹⁷⁴.

En la población estudiada, como se dijo previamente, el número de ingresos previos fue de 2.96 en promedio, lo que implica un factor de riesgo adicional, de acuerdo con el estudio publicado por la Unesco¹⁷⁵. Teniendo en cuenta este factor, deberían tomarse medidas especiales de prevención respecto de las personas que reingresan a las instituciones carcelarias, pues seguramente se podrían obtener resultados mucho más efectivos en el propósito de mitigar la propagación del VIH/SIDA, si además se combinan con otros factores de riesgo como las prácticas sexuales entre hombres¹⁷⁶.

¹⁷² DICKERSON, MC. et al. The causal role of genital ulcer disease as a risk factor of human immunodeficiency virus: an application of the Bradford Hill Criteria. In: Sex Trans Dis. 1996, vol. 23 no. 5, p. 429-40.

¹⁷³ PROGRAMA CONJUNTO de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida. Informe de ONUSIDA para el día mundial del sida 2011, como llegar a cero: más rápido, más inteligente y mejor. Op. cit., p. 1-48.

¹⁷⁴ ALMENDÁREZ PERALTA, Juan. Op. cit., p. 43.

¹⁷⁵ ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. 10 datos sobre VIH/SIDA. Op. cit., <http://www.who.int/features/factfiles/hiv/es/index.html>

¹⁷⁶ NACIONES UNIDAS. Oficina contra la Droga y el Delito. Prevención, Atención, tratamiento y Apoyo en el medio carcelario. Op. cit., p. 1-38.

¹⁷⁷ HERNES, Gudmund. La UNESCO contra el VIH/SIDA. Op. cit., p. 1-9.

¹⁷⁸ BOSHELL, Jose et al. Sida en Colombia. Op. cit., p. 35.

Es necesario tener en cuenta que el nivel de riesgo puede manejarse a través de prácticas de sexo seguro¹⁷⁷. Y es allí en donde la educación tiene un campo de acción importante en la población estudiada, que, como se observó en los hallazgos del trabajo, presenta altos factores de riesgo e incurre en prácticas frecuentes de sexo no seguro o desprotegido. No debe perderse de vista que, de acuerdo con el estudio del INPEC¹⁷⁸. Los infectados de VIH en las cárceles del país se duplicó entre 2004 y 2008. Este debe ser un argumento central para convencer a los reclusos y a las autoridades mismas de la necesidad de emprender acciones preventivas que ayuden a mitigar los diversos factores de riesgo identificados. Otro aspecto que debe considerarse es que en el caso del VIH/SIDA la prevención resulta mucho menos costoso para el Estado que su tratamiento

¹⁷⁹ PROGRAMA CONJUNTO de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida. Informe de ONUSIDA para el día mundial del sida 2011, como llegar a cero: más rápido, más inteligente y mejor. Op. cit., p. 1-48.

¹⁸⁰ INPEC/ONUSIDA. Intervención Educativa para la prevención de ITS/VIH-SIDA en población carcelaria. Op. cit., p. 35.

6. Conclusiones

Este estudio tenía como finalidad determinar los conocimientos, actitudes y posibles factores asociados a conductas sexuales de riesgo para adquirir VIH/SIDA, en personas privadas de la libertad, reclusos en los únicos centros penitenciarios y carcelarios del Distrito de Cartagena.

Tomando como referencia la Teoría del Comportamiento Planeado, el presente trabajo encontró variables determinantes que pueden aumentar la posibilidad o la intención de las personas privada de la libertad de experimentar conductas sexuales de riesgo ante el VIH/SIDA, estas variables fueron relaciones sexuales con parejas no regulares y no comerciales, hacerse tatuajes al interior del centro penitenciario, el uso de drogas no intravenosa, el tener relaciones sexuales con personas del mismo sexo y el consumo de bebidas alcohólicas. Por el contrario el tener relaciones sexuales en los últimos 12 meses con la esposa es una condición que podría disminuir la posibilidad o la intención de tener prácticas sexuales de riesgo para el nivel de riesgo máximo. Bajo el enfoque del comportamiento planeado estas variables pudiesen estar fundamentadas en el determinismo recíproco en donde el contexto carcelario juega un papel importante en la adopción de estas conductas a pesar de normas establecidas para su control, por ello sólo conociendo el por qué del comportamiento se podrán realizar intervenciones preventivas tendiente a mejorar la situación de ciertas conductas riesgosas específicas que aumentan la probabilidad de adquirir VIH/SIDA al interior de las cárceles.

De acuerdo con los resultados del presente trabajo, al mismo tiempo que la población privada de la libertad del Distrito de Cartagena presenta unos factores de riesgo para el contagio por VIH/SIDA y simultáneamente tiempo una baja percepción de ese nivel de riesgo, especialmente por el desconocimiento de los mecanismos a través de los cuales se puede transmitir esa enfermedad o por el tipo de relación sexual que asume, además no identifica correctamente las formas de prevenir el VIH y no rechaza las principales creencias erróneas, es decir no se evidencia en los reclusos una concordancia entre conocimientos y tener una práctica segura entorno a VIH/SIDA como el uso del preservativo, algo que podríamos preguntante esto es propio de la PPL.

En cuanto al sistema sanitario al interior de los establecimientos penitenciarios podemos concluir que se evidencian factores estructurales como barreras de accesibilidad por partes de los reclusos que dificultan el acceso a información, a preservativos, a pruebas de tamizaje para VIH voluntarias y resultados.

Nuestros hallazgos se deben considerar como un estudio base para medir las tendencias temporales de los Conocimientos actitudes y practicas asociados a riesgo de VIH/SIDA en PPL en el Distrito de Cartagena,

Recomendaciones

Teniendo en cuenta que la presente investigación se adelantó en la ciudad de Cartagena en la única institución carcelaria de la ciudad, surgen otras preguntas de investigación que podrían ser objeto de posteriores investigaciones, como las siguientes: ¿Los comportamientos, actitudes y prácticas sexuales de la PPL en Cartagena frente al riesgo de contraer VIH/SIDA reflejan la situación general de la población de esa ciudad o de otras instituciones carcelarias del país? En la medida en que se responda esa pregunta se podrá saber si la situación encontrada en la presente investigación se debe solucionar al interior de las instituciones carcelarias o se debe prevenir desde la sociedad misma.

Realizar el estudio en población privada de la libertad teniendo en consideración una muestra ponderada igual para mujeres y hombres que permita tener datos comparables.

Para futuras investigaciones en esta población se debe considerar que el tiempo de recolección de la información está sujeto a una dinámica carcelaria cambiante día a día.

Es necesaria la implantación de estrategias sanitarias diferentes y eficientes para disminuir los riesgos de la Infección por VIH en PPL del Distrito de Cartagena, importante que el abordaje sea con enfoque integral y como forma de prevenir comportamientos de riesgo para VIH/SIDA se dinamicen estas temáticas como el uso de Drogas, Consumo de bebidas alcohólicas bajo el enfoque de la promoción, prevención, atención y rehabilitación y convertirse en una rutina para todas las personas que ingresan a una institución carcelaria, independientemente de su situación frente al sistema judicial. Es probable que este tipo de campañas educativas deban enfocarse especialmente a aquellos sectores de la población que presentan factores de riesgo como bajo nivel educativo, con lo cual es probable que no solo se reduzca la incidencia de esta enfermedad sino también de comportamientos que pueden generar ingresos a los sitios de reclusión.

Respecto a esto es importante tener como referencia que dos países de Asia que parecen haber tenido éxito en frenar la epidemia y lograr la reducción de la prevalencia del VIH/SIDA han sido Tailandia y Camboya. Los buenos resultados de estos países contaron con un factor esencial que fue el firme compromiso de ambos gobiernos, pues aunque ambas sociedades han sido tradicionalmente reacias a hablar de sexo, los gobiernos implementaron campañas de educación para la salud general, incluyendo a las

escuelas y los medios de comunicación, que desempeñaron un papel clave en informar y cambiar las actitudes del público hacia la discusión sobre el sexo y la reducción de la estigmatización¹⁷⁹.

Una buena salud en la cárcel es sinónimo de buena salud pública y se puede suponer que un interno con buena salud evidencia una gestión penitenciaria y una buena situación de salud de la sociedad en general. El código penitenciario y carcelario de Colombia, Ley 65 de 1993, el cual regula el cumplimiento de las medidas de aseguramiento, la ejecución de las penas privativas de la libertad personal y las medidas de seguridad, claramente expone en su artículo 10 que la pena y el tratamiento penitenciario buscan la resocialización del infractor mediante el examen de su personalidad y a través de la disciplina, el trabajo, el estudio, la formación espiritual, la cultura, el deporte y la recreación, bajo un espíritu humano y solidario. Sin embargo en la práctica estas actividades se perciben de una manera desarticulada. Como parte de estas consideraciones del código penitenciario y carcelario se debería dejar explícito lo relacionado con la conservación del estado de salud de la población privada de la libertad.

Es un reto para la salud pública la resocialización de las PVVS, teniendo en cuenta la discriminación y la estima social que se genera en torno a esta condición. Las personas que egresan de un centro penitenciario tendrían doble discriminación y doble estigma el ser ex presidiario y PVVS. A pesar que existe un modelo de seguridad social en salud que muy recientemente cubre a la PPL, el sistema penitenciario debería asumir dentro de sus responsabilidades el establecimiento de mecanismos orientados a la conservación del estado de salud de la población reclusa, como un requisito más para su efectiva resocialización. Para lograrlo se deben garantizar al interior de los establecimientos penitenciarios condiciones favorables para la reducción de los niveles de riesgo de contagio para VIH/SIDA y otras enfermedades contagiosas. La adopción de ese tipo de medidas probablemente requiera modificaciones en el código penitenciario y carcelario. Sin embargo, ese tipo de reformas legales no será suficiente mientras prevalezcan factores de riesgo como los bajos niveles de acceso y cobertura de la educación, lo cual cierra el círculo y reitera que lo que sucede en las cárceles es un reflejo de lo que es una sociedad en general, también en cuanto a salud pública, por ello reviste de importancia el fortalecimiento de un sistema de vigilancia en salud pública que responda a las necesidades reales de la institucionalidad carcelaria y a las características de la población privada de la libertad.

¹⁸¹ SANCHEZ, Vanessa y GARAVITO, Carlos. Op. cit., p. 46.

Anexo A: Instrumento

Sección 1 – Características de los antecedentes

No	PREGUNTAS Y FILTROS	NIVEL DE MEDICIÓN Y CODIFICACIÓN	pasar
P1-1	Registrar el Sexo	Masculino 1 Femenino 2	
P1-2	¿Cuántos años tenía en su último cumpleaños?	Edad en años completos _____ No sabe 8 No hay respuesta 9	
P1-3	¿Asistió alguna vez a la escuela?	Si 1 No 2 No hay respuesta 9	
P1-4	¿Cuál es el grado más alto al que llegó en la escuela?	Primaria Incompleta 1 Primaria Completa 2 Secundaria Incompleta 3 Secundaria Completa 4 Universitario Incompleto 5 Universitario completo 6 No sabe 8 No Responde 9	
P1-5	¿A qué religión pertenece?	Católica 1 Evangélica 2 Adventista 3 Ninguna religión 4 No sabe 8 No hay respuesta 9	
P1-6	¿Ha estado casado?	Si 1 No 2 No hay respuesta 9	P1-8
P1-7	¿Está casado actualmente o vive con un hombre/ mujer con quien mantiene relaciones?	Casado actualmente, vive con su esposa(o) 1 Casado actualmente, vive con otra pareja sexual 2 Casado actualmente, no vive con la esposa ni con ninguna otra pareja sexual 3 No está casado, vive con una pareja sexual 4 No está casado, no vive con ninguna pareja sexual 5	

		NO HAY RESPUESTA 9	
P1-8	SI ESTÁ CASADO: HOMBRES: ¿Tiene más de una esposa? MUJERES: ¿Tiene su esposo otras esposas?	Si 1 No 2 No hay respuesta 9	

Sección2: Antecedentes Penitenciarios

No	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS DE CODIFICACIÓN	pasar
P2-9	Situación Jurídica Penal	Condenado 1 Sindicado 2 Culpable 3 No sabe 8 No hay respuesta 9	
P2-10	Tiempo que lleva en prisión	Años _____ Meses _____ Días _____ No responde _____ 9	
P2-11	Número de detecciones	() No responde 9	
P2-12	Edad de la primera detección; años cumplidos	_____ años No responde 9	

Sección3: Antecedentes Sexuales: Número y tipos de Parejas

No	PREGUNTA Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CODIFICACIONES	pasar
P3-13	¿Ha estado casado? ¿Alguna vez ha tenido relaciones sexuales?	Si 1 No 2 No hay respuesta 9	P7-42
P14	¿A qué edad tuvo su primera relación sexual?	Edad en años _____ No sabe 8 No hay respuesta 9	
P15	¿Ha tenido relaciones sexuales en los últimos doce meses?	Si 1 No 2 No hay respuesta 9	P7-41
P3-16	Para MUJERES: Piense sobre las parejas sexuales masculinas que ha tenido en los últimos 12 meses. Para HOMBRES: Piense sobre las parejas sexuales femeninas que ha tenido en los últimos 12 meses.	Regular _____ No sabe 8 No responde 9	

	<p>Cuántas fueron: - Su cónyuge(s) o pareja sexual actual (parejas “regulares”)</p> <p>- “Comercial” (parejas con quienes haya intercambiado dinero por las relaciones sexuales)</p> <p>- Parejas sexuales con las que no esté casado y nunca haya vivido con ellas y no ha recibido ningún pago (parejas “no regulares”) – No incluye cónyuge (s) actual (es) o parejas sexuales en unión libre</p>	<p>Comercial _____ No sabe 8 No responde 9</p> <p>No regulares _____ No sabe 8 No responde 9</p>	
P3-17	<p>Acabamos de hablar acerca de su Pareja sexual femenina. ¿ha tenido alguna vez una pareja sexual masculina?</p> <p>- ¿Ha tenido relaciones sexuales con cualquiera de sus parejas masculinas en los últimos 12 meses? (Relación sexual se define como relación Sexual anal con penetración).</p> <p>- ¿Con cuántas parejas masculinas ha tenido relaciones sexuales anales en los últimos 12 meses?</p>	<p>Sí 1 no 2 No Hay Respuesta 9</p> <p>Sí 1 No 2 No Hay Respuesta 9</p> <p>Parejas Masculinas [____ ____] No Sabe 8 No Hay Respuesta 9</p>	

Sección4: Antecedentes Sexuales: parejas regulares

No	PREGUNTA Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CODIFICACIONES	pasar
P4-18	FILTRO: REVISE P16 Ha tenido relaciones sexuales con una pareja regular durante los últimos 12 meses (_____)	No ha tenido relaciones sexuales con una pareja regular durante los últimos 12 meses (_____)	P5-24
P4-19	Piense sobre su pareja sexual regular mas reciente ¿Cuántas veces tuvo relaciones sexuales con esa persona durante los últimos 30 días (incluye el conyugue o la pareja sexual de unión libre)	Número de veces (_____) No Sabe 8 No Hay Respuesta 9	
P4-20	La última vez que tuvo relaciones sexuales con esta pareja regular ¿Usted y su pareja utilizaron un condón?	Sí 1 No 2 No sabe 8 No Hay Respuesta 9	P4-22 P4-23
P4-21	¿Quién sugirió el uso de un condón esa vez?	Yo mismo 1 Mi pareja 2 Una decisión en conjunto 3	P4-23 P4-23 P4-23

		No sabe 8 No hay respuesta 9	P4-23 P4-23
P4-22	¿Por qué usted y su pareja no utilizaron un condón en esa Oportunidad? Haga un círculo alrededor de todas las respuestas mencionadas	S N No habían disponibles 1 2 Confío en mi pareja 1 2 La pareja no estaba de acuerdo 1 2 No me gusta 1 2 Mi pareja está sana 1 2 No pensaron que fuera necesario 1 2 No pensaron en eso 1 2 La pareja no tiene VIH 1 2 Otro _____ NO SABE 8 NO HAY RESPUESTA 9	
P4-23	¿Con qué frecuencia usted y todas sus parejas regulares utilizaron un condón durante los últimos 12 meses?	Todo el tiempo 1 Casi todo el tiempo 2 Algunas veces 3 Nunca 4 No sabe 7 No hay respuesta 8	

Sección5: Antecedentes Sexuales: parejas Comerciales

No	PREGUNTA Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CODIFICACIONES	pasar
P5-24	FILTRO: REVISE P16 ¿Ha tenido relaciones sexuales con una pareja comercial durante los últimos 12 meses []	¿No ha tenido relaciones sexuales con una pareja comercial durante los últimos 12 meses? []	P6-30
P5-25	Piense sobre su pareja sexual Comercial más reciente. ¿Cuántas veces tuvo relaciones sexuales con esta persona durante los últimos 30 Días?	Número de veces [][] No sabe 8 No Hay Respuesta 9	
P5-26	La última vez que tuvo relaciones sexuales con esta pareja comercial, ¿Usted y su pareja utilizaron un Condón?	Sí 1 No 2 No sabe 8 No hay respuesta 9	P5-28 P5-29
P5-27	¿Quién sugirió el uso de un condón en esa ocasión?	Yo mismo 1 Mi pareja 2 Una decisión en conjunto 3 no sabe 8 no hay respuesta 9	P5-29 P5-29 P5-29 P5-29 P5-29
P5-28	¿Utilizaron un condón en esa oportunidad?	S N No habían disponibles 1 2 Confío en mi pareja 1 2 La pareja no estaba de acuerdo 1 2 No me gusta 1 2 Mi pareja está sana 1 2 No pensaron que fuera necesario 1 2 No pensaron en eso 1 2	

		La pareja no tiene VIH 1 2 Otro _____ NO SABE 8 NO HAY RESPUESTA 9	
P5-29	¿Con qué frecuencia usted y todas sus parejas regulares utilizaron un condón durante los últimos 12 meses?	Todo el tiempo 1 Casi todo el tiempo 2 Algunas veces 3 Nunca 4 No sabe 8 No hay respuesta 9	

Sección 6 – Antecedentes sexuales: relaciones sexuales con hombres

No	PREGUNTA Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CODIFICACIONES	pasa r
P6-30	Durante los últimos seis meses, ¿ha tenido algún contacto sexual con otro hombre, es decir, ha realizado cualquiera de los siguientes: sexo oral, sexo anal o ha tocado el pene de otro hombre u otro hombre ha tocado el suyo para tener relaciones sexuales? (Esta pregunta necesitó adaptarla a cada escenario local.)	Si 1 No 2 No hay respuesta 3	P6-37
P6-31	Ahora me gustaría hacerle algunas preguntas sobre sus diferentes relaciones sexuales con hombres. En los últimos seis meses, ¿ha tenido sexo oral con un hombre, es decir, un hombre ha colocado el pene suyo en su boca o usted ha colocado su pene en la boca de él? Piense con cuantas personas diferentes ha tenido sexo oral en los últimos seis meses.	SÍ 1 NO 2 NO HAY RESPUESTA 9	
P6-32	Por favor tómese su tiempo para pensar su respuesta a esta pregunta y así podremos obtener información lo más exacta posible. Recuerde que esta información es estrictamente confidencial.	número durante los últimos 6 meses [] no sabe 8 no hay respuesta 9	
P6-33	La última vez que tuvo sexo oral, ¿usted o su pareja utilizó un condón?	Sí 1 No 2 No recuerda 8 No hay respuesta 9	
P6-34	¿Con qué frecuencia usó usted o su pareja un condón con sexo oral durante los últimos seis meses?	Todo el tiempo 1 Casi todo el tiempo 2 Algunas veces 3 Nunca 4 No sabe 8 no hay respuesta 9	
	Durante los últimos seis meses,	Sí 1	

P6-35	¿eyaculó usted en la boca de otro hombre u otro hombre eyaculó en su boca?	No 2 no recuerda 8 no hay respuesta 9	
P6-36	Piense con cuantas personas diferentes ha tenido sexo oral en los últimos seis meses.	Sí 1 No 2 no recuerda 8 no hay respuesta 9	
P6-37	Por favor, piense con cuántos hombres diferentes ha tenido relaciones sexuales anales, es decir, el número de veces en las que usted ha sido la pareja que penetra y el número de veces cuándo ha sido el receptor durante los últimos seis meses ¿Con cuántos hombres ha tenido usted relaciones sexuales anales durante los últimos seis meses en donde usted fue la pareja que penetraba? ¿Y cuántas veces fue la pareja receptora?	No. DE VECES QUE HA PENETRADO [][] NO SABE 8 NO HAY RESPUESTA 9 No. DE VECES QUE HA SIDO RECEPTOR [][] NO SABE 8 NO HAY RESPUESTA 9 SI NINGUNA DE LAS ----- - ANTERIORES	
P6-38	De todas estas parejas, cuántas fueron: - “Comerciales” (parejas con quien ha tenido relaciones sexuales a cambio de dinero) - Otras parejas	COMERCIAL [][] NO SABE 8 NO HAY RESPUESTA 9 OTRA [][] NO SABE 8 NO HAY RESPUESTA 9	
P6-39	Durante el último año, ¿alguna de sus parejas sexuales lo obligó a tener relaciones sexuales con él, a pesar de que usted no quería tenerlas?	Sí 1 No 2 No Hay Respuesta 9	

Sección 7 –Condón Masculino

No	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CODIFICACIONES	PASAR
P7-40	P40 FILTRO: REVISE P20, P23, P26, P29, NO SE UTILIZARON CONDONES []	SE UTILIZARON CONDONES []	P7-43
P7-41	¿Alguna vez usted y una pareja sexual han utilizado un condón masculino?	Sí 1 No 2 No sabe 8 No hay respuesta 9	P7-43
P7-42	P703 ¿Alguna vez ha escuchado de un Condón masculino?	Sí 1 No 2 No sabe 8	P7-46 P7-46

		No Hay Respuesta 9	
P7-43	¿Conoce algún lugar o persona de donde se puedan obtener los condones masculinos?	Sí 1 No 2 No Hay Respuesta 9	P7-46
P7-44	¿Qué lugares o personas conoce en donde podrían obtener los condones masculinos?	S N Dispensario 1 2 Familiar 1 2 Enfermero 1 2 Amigo interno 1 2 Vigía de la salud 1 2 Otro _____ No Hay Respuesta 9	
P7-45	¿Cuánto tiempo le tomaría a usted obtener un condón masculino en el interior de la Cárcel? (Ajuste categorías como se adecuen localmente)	Menos de 1 hora 1 hora a 1 día Más de 1 día No Sabe No Hay Respuesta	
P7-46	ÚNICAMENTE PARA ENTREVISTADOS QUE SE ENCUENTRAN SEXUALMENTE ACTIVOS: Durante los últimos 12 meses, ¿tuvo alguna vez relaciones sexuales sin utilizar un condón con cualquier pareja sexual comercial o cualquier otra pareja sexual con la que nunca haya vivido ni se haya casado?	Si 1 No 2 No Sabe 8 No Hay Respuesta 9	

Sección 8 – Conocimiento, opiniones y actitudes hacia el VIH/SIDA

P8-47	¿Ha escuchado alguna vez sobre el VIH o la enfermedad llamada SIDA?	Sí 1 No 2 No Hay Respuesta 9	Finalice
P8-48a	¿Conoce a alguien que esté infectado por el VIH o que haya muerto de SIDA?	Si 1 No 2 No Sabe 8 No Hay Respuesta 9	P8-50 P8-50
P8-48b	¿Tiene usted algún pariente o amigo cercano que esté infectado con VIH o que haya muerto de SIDA?	Sí, Un Pariente Cercano 1 Sí, Un Amigo Cercano 2 No 3 No Hay Respuesta 9	
P8-49	¿Pueden las personas protegerse a sí mismas del VIH, el virus que causa el SIDA, utilizando un condón de manera correcta cada vez que se tengan relaciones sexuales?	Si 1 No 2 No Sabe 8 No Hay Respuesta 9	
P8-50	¿Puede una persona infectarse de VIH por una picada de mosquito?	Si 1 No 2 No Sabe 8 No Hay Respuesta 9	
P8-51	¿Pueden las personas protegerse a sí mismas del VIH al tener una pareja sexual	Si 1 No 2	

	fiel que no esté infectada?	No Sabe 7 No Hay Respuesta 8	
P8-52	¿Pueden las personas protegerse a sí mismas del VIH al abstenerse de tener relaciones sexuales?	Si 1 No 2 No Sabe 8 No Hay Respuesta 9	
P8-53	¿Puede una persona infectarse del VIH al compartir una comida con alguien que está infectado?	Si 1 No 2 No Sabe 8 No Hay Respuesta 9	
P8-54	¿Puede una persona adquirir el VIH al inyectarse con una aguja que alguien más ya utilizó?	Si 1 No 2 No Sabe 8 No Hay Respuesta 9	
P8-55	¿Piensa que una persona que se ve saludable puede estar infectada con VIH, el virus que ocasiona el SIDA?	Si 1 No 2 No Sabe 8 No Hay Respuesta 9	
P8-56	¿Puede una mujer embarazada que está infectada con VIH o SIDA transmitir el virus a su bebé?	Si 1 No 2 No Sabe 8 No Hay Respuesta 9	P8-58 P8-58
P8-57	¿Qué puede hacer una mujer embarazada para reducir el riesgo de transmisión del VIH a su bebé?	S N Tener relaciones sexuales con 1 2 Condón No tener relaciones sexuales 1 2 Tomar Medicamentos 1 2 (Antiretrovirales) Otro _____ 1 2 No Sabe 8 No Hay Respuesta 9	
P8-58	¿Puede una mujer con VIH o SIDA transmitir el virus a su niño recién nacido a través de la lactancia materna?	Si 1 No 2 No Sabe 8 No Hay Respuesta 9	
P8-59	¿Existe la posibilidad en su comunidad de que alguien pueda obtener una prueba confidencial para averiguar si está infectado por el VIH? Al decir confidencial me refiero nadie sabrá el resultado si no se quiere que se sepa.	Si 1 No 2 No Sabe 8 No Hay Respuesta 9	
P8-60	Yo no quiero saber el resultado, pero ¿ha tenido usted alguna vez una prueba de VIH?	Sí 1 No 2--- No Hay Respuesta 9	finalice

P8-61	¿Usted se hizo voluntariamente la prueba de VIH o se le solicitó hacerla?	Voluntariamente 1 Solicitada 2 No Hay Respuesta 9	
P8-62	No me diga el resultado pero, ¿averiguó usted el resultado de su prueba?	Sí 1 No 2 No Hay Respuesta 9	
P8-63	¿Cuándo se realizó la prueba del VIH más reciente?	El Año Pasado 1 Entre 1 y 2 Años 2 Entre 2 y 4 Años 3 Más de 4 Años 4 No Sabe 8 No Hay Respuesta 9	

Anexo B: Consentimiento informado

CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS SEXUALES RIESGOSAS DE VIH/SIDA EN POBLACIÓN PRIVADA DE LA LIBERTAD. EL CASO DE CARTAGENA

Definición operativa del entrevistado: Personas privadas de la libertad de los E.P.M.S.C de ternera y San Diego que se encuentren recluidos durante el tiempo de estudio

001 NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN DEL CUESTIONARIO |__|__|__| SITIO
_____ (proporcione las categorías apropiadas localmente)

Introducción: “Mi nombre es _____

Estamos _____ entrevistando _____ personas _____ aquí en _____ para averiguar sobre el nivel de conocimientos, las actitudes y percepciones que se podrían asociar a prácticas de riesgo para infección por VIH SIDA en personas privadas de la libertad del distrito de Cartagena. 2009

¿Se le ha entrevistado en las últimas semanas [u otro período de tiempo apropiado] para este Estudio _____ SI SE LE HA ENTREVISTADO ANTES CON ESTE MISMO PROPOSITO, NO ENTREVISTE A ESTA PERSONA DE NUEVO. Indíquele que no puede entrevistarle una segunda vez, agradézcale y finalice la entrevista. Si no lo ha entrevistado antes, continúe:

Confidencialidad y consentimiento: “Le voy a hacer algunas preguntas muy personales que para algunas personas son difíciles de responder. Sus respuestas son completamente confidenciales. Su nombre no aparecerá escrito en este formulario, y nunca se utilizará en conexión con ninguna de la información que me proporcione. No tiene que responder a las preguntas que no quiera responder, y puede terminar esta entrevista en el momento que desee. Sin embargo, su honestidad en contestar estas preguntas nos ayudará a comprender lo que las personas piensan, dicen y hacen sobre ciertos tipos de comportamiento. Le agradecemos su ayuda al responder a esta entrevista. La entrevista tomará cerca de XX minutos para realizar las preguntas. ¿Desea participar?

(Firma del entrevistador certificando que el entrevistado ha dado su consentimiento verbalmente)

EL CUESTIONARIO PARA SUJETOS DE ESTUDIOS INCLUYE LAS SIGUIENTES SECCIONES:

Sección 0 – Cuestionario de datos de identificación (6 códigos)

Sección 1 – Características de los antecedentes 8 preguntas

Sección 2 – Antecedentes penitenciarios 4 preguntas

Sección 3 – Antecedentes sexuales: número y tipo de parejas 5 preguntas

Sección 4 – Antecedentes sexuales: parejas regulares 6 preguntas

Sección 5 – Antecedentes sexuales: parejas comerciales 6 preguntas

Sección 6 – Antecedentes sexuales: relaciones sexuales con hombres 10 preguntas

Sección 7 – Condono Masculino 7 preguntas

Sección 9 – Conocimiento, opiniones y actitudes hacia el VIH/SIDA 18 preguntas


NÚMERO TOTAL DE PREGUNTAS: 64 preguntas

Anexo C: Memorando 7530 DSA. GPYP 11953

MINISTERIO DEL INTERIOR Y DE JUSTICIA INSTITUTO NACIONAL
PENITENCIARIO Y CARCELARIO – INPEC- DIVISION DE SALUD.

mayerguez14@hotmail.com

NO. DE TEL. - 383 11 DIC. 2000 03-L-471 P.

 Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario – INPEC
Ministerio del Interior y de Justicia
República de Colombia

7530 DSA. GPYP 11953

Soler
orden
URGENTE ENVIAR VIA FAX

MEMORANDO

PARA: Dr. JAVIER DE LA HOZ DE AVILA
Director Regional Norte (E)

DE: División Salud

ASUNTO: Investigación VIH

FECHA:

De manera atenta me permito manifestarle que una vez revisada la propuesta de investigación presentada por la señora MAYELIS GUERRERO GOMEZ, esta División encuentra viable su realización, sugiriéndole a esa Dirección Regional se cumplan los lineamientos manifestados en el procedimiento PA 21-071-07- V01 y sus respectivas pautas.

Agradezco comunicar a la interesada y a la Dirección del EPMSC de Cartagena, en cabeza de quien deberá estar la supervisión de la investigación a realizar.

De igual manera es necesario que una vez se tengan los resultados de la misma se envíe una copia a esta División.

Cordialmente,

Helena Hernández Palacios
LUZ HELENA HERNANDEZ PALACIOS

Hernando Lambuley Sarcia
Vo Bo. HERNANDO LAMBULEY SARCIA
Subdirector Tratamiento y Desarrollo (E)

Exhorto: ROSMIRA CANDANOZA RODRIGUEZ
11-12-00
Trámite 01/MS/Documentos/Documentos varios/Modificación 2008/001

"SU DIGNIDAD HUMANA Y LA MIA SON INVOLABLES"

Bibliografía

ALMENDÁREZ PERALTA, Juan. Conocimientos, actitudes y prácticas sexuales seguras ante el VIH-Sida, en privados/as de libertad. 1a. ed. Managua: Mecanismo Coordinador de País-Nicaragua. 2009, p. 43. ISBN: 978-99924-966-7-1.

BAYAS. José María et al. Infección por el virus de la inmunodeficiencia humana tipo 1 en la población penitenciaria de Cataluña. En: Med Clin (Barc). 1994, vol. 102, p. 209-212.

BENITES, Jaime. Historia del Virus VIH/SIDA.- Origen y evolución.- del mono al hombre [en línea]. [Consultado enero 15, 2012]. Disponible en Internet: <http://www.medicosecuador.com/espanol/articulos/403.htm>

BOSHELL, Jose et al. Sida en Colombia. En: Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana. Washington, diciembre 1998, vol. 105 no. 5 y 6.

BRONFMAN, Mario. Movilidad poblacional y VIH/SIDA: contextos de vulnerabilidad en México y Centroamérica. 1a. ed. México: Instituto Nacional de Salud Pública. 2004, 381 p. ISBN 968-6502-78-5.

CABALLERO, J et al. Infección por VIH y factores de riesgo asociados en la prisión de Guadalajara. En: Congreso Nacional de Sanidad Penitenciaria (1: 1993: León). Libro de Ponencias y Comunicaciones, p. 344.

CARBAJAL, CL et al. Epidemiological study of prisoners at risk for AIDS in a Spanish prison. In: An Med Interna. 1991 Aug., vol. 8 no. 8, p. 382-6.

CARCAMO, Cesar et al. Estudio Basal de prevalencia de Sífilis y VIH y Comportamientos Asociados en Población Privada de Libertad, Perú 1999. En: Rev Peru Med Exp Salud Pública. 2003, vol. 20 no. 1, p. 9-14.

CARRILLO, Hector. The night is young sexuality in México in the time of AIDS. Chicago: University of Chicago Press. 2002, 379 p.

COLOMBIA. Ministerio de cultura. Definición de enfoque diferencial. En: Dirección de Poblaciones. Ministerio de Cultura. (n.d). [consultada Octubre 5, 2010]. Disponible en Internet: <http://mincultura.gov.co/index.php?idcategoria=26023>

COLOMBIA. Ministerio de la protección social - UNFPA. Guía de prevención de VIH/Sida. Población privada de la libertad [en línea]. Bogotá, D. C: El ministerio. 2011, p. 1-135 ISBN: 978-958-99831-2-6. Disponibe en Internet: http://www.minsalud.gov.co/salud/Paginas/Observatorio_documentos_guias_prevenccion_VIH_SIDA.aspx

COLOMBIA. Ministerio de la Protección Social. Observatorio de la gestión programática en ITS-VIH/SIDA [en línea]. [Consultado jun. 27, 2012] Disponible en Internet: <http://www.minproteccionsocial.gov.co/Paginas/Colombia-renueva-el-compromiso-frente-al-VIHSIDA.aspx>

De OLIVEIRA L C; PEREIRA, R G. and REIS, U C. Prevalence of infection in alcoholics. In: Mem Inst Oswaldo Cruz. 2001, vol. 96, p. 21-3.

DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO distrital de salud del Distrito de Cartagena. programa vigilancia en salud pública, Perfil Epidemiológico, Sivigila 2011.

DÍAZ, Rafael. Latino gay men and HIV culture, sexuality and risk Behavior. New York/London: Routledge; 1998. 208 p.

DICKERSON, MC. et al. The causal role of genital ulcer disease as a risk factor of human immunodeficiency virus: an application of the Bradford Hill Criteria. In: Sex Trans Dis. 1996, vol. 23 no. 5, p. 429-40.

DIEZ, M. Situación de la infección por VIH en las Instituciones Penitenciarias. En: Congreso Nacional de Sanidad Penitenciaria (1: 1993: León). Libro de Ponencias y Comunicaciones, p. 179-84.

ESPAÑA. Centro Nacional de Epidemiología. Vigilancia Epidemiológica de las infecciones de transmisión sexual. Resultados 1995-2008 [en línea]. Madrid: CNE. 2010, p. 1-7. Disponible en Internet:

http://www.msssi.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/vigilancia/VigilanciaITS1995_2009.pdf

FAÍLDER J., LAMEIRAS M. Evolución de los conocimientos y prácticas de riesgo en relación a la infección por VIH/SIDA en la Prisión Provincial de Pereira de Aguiar (Ourense) Estudio comparativo 1993 – 2003. En: Rev Esp Sanid Penit. 2005, vol. 7, p. 42-51.

HAMMER, SM et al. The AIDS clinical trials group 320 study team a controlled trial of two nucleosides analogues plus indinavir in persons with human immunodeficiencyvirus infection and CD4 cell counts of 200 per cubic milimeter or less. AIDS clinical trial group 320 study team. In: NEngl J Med. 1997, vol. 337 no. 11, p. 725-33.

HERNES, Gudmund. La UNESCO contra el VIH/SIDA [en línea]. En: Perspectivas. Junio 2002, vol. 32, no. 2, p. 1-9. Disponible en Internet:
http://www.ibe.UNESCO.org/fileadmin/user_upload/archive/publications/Prospects/ProspectsPdf/122s/122sher.pdf

INPEC/ONUSIDA. Intervención Educativa para la prevención de ITS/VIH-SIDA en población carcelaria. Proyecto piloto. Informe final. Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario-INPEC. Bogotá, 2001.

IZAZOLA LICEA, Sara; LABASTIDA DÍAZ, Antonio y VILLANUEVA CASTILLEJA, Ruth. La situación actual del VIH/SIDA en prisiones en México. Identificación de Prácticas institucionales útiles. Mexico: SIDA LAC/IMPIP

KALICHMAN, Seth et al. Alcohol use and sexual risks for HIV/AIDS in Sub-Saharan Africa: Systematic review of empirical findings. In: Prev Sci. 2007, vol. 8, p. 141-51.

KOBLIN, Beryl et al. Risk factors for HIV infection among men who have sex with men. In: AIDS. 2006, vol. 20, p. 731-9.

LARA, Javier. Diseño de un programa orientado a reducir riesgos de infección por SIDA para los estudiantes de la carrera de Sociología de la Unellez – Barinas 2006.

LÓPEZ, Nahyr; VERA, Lina y OROZCO, Luis. Diferencias en los conocimientos, las actitudes y comportamientos sexuales relacionados con el SIDA, entre hombre y mujeres jóvenes de Bucaramanga. En: Colombia médica. 2001, vol. 32 no. 1, 32-40.

LUPTON, Deborah. Risk. London: Routledge. 1999.

MAGIS, Carlos y BARRIENTOS, Hermelinda. VIH/SIDA y Salud Pública. Manual para personal de la Salud. México: Secretaría de Salud. Centro Nacional para la Prevención y el control del VIH/SIDA. 2006.

MARTÍN, Vicente et al. Seroepidemiology of HIV-1 infection in a Catalanian penitentiary. In: AIDS. 1990, vol. 4, p. 1023-1026.

MARTÍNEZ, GP; ELEA, NA. and CHIU, AM. Epidemiology of HIV infection and acquired immune deficiency disease syndrome in Chile. In: Revista Chilena Infectología. 2006, vol. 23 no. 4, p. 321-329.

MINISTERIO DE SALUD DE BRASIL. Consulta regional para América latina y el Caribe sobre VIH/SIDA en el medio carcelario [en línea]. Brasilia. 2008, p. 1-109. Disponible en Internet:

http://www.unodc.org/documents/southerncone//Topics_aids/Publicacoes/Consulta_Regional_mayo_2008.pdf

MORENO CHÁVEZ, Teresa. Casos de VIH/SIDA en Colombia notificados al SIVIGILA, 2008. En: Informe epidemiológico. 15 de abril de 2009, vol. 14 no. 7, p. 97-107 Bogotá DC. Bogotá: Ministerio protección Social, Instituto nacional de salud. ISSN 0122-9907.

NACIONES UNIDAS. Oficina contra la Droga y el Delito. Prevención, Atención, tratamiento y Apoyo en el medio carcelario – Marco de Acción para una respuesta eficaz, Reseña sobre el VIH/SIDA en las cárceles, OMS, ONUSIDA, naciones unidas, nueva york 2007, p. 1-38.

NATIONAL INSTITUTE ON ALCOHOL ABUSE AND ALCOHOLISM. Alcohol and HIV/AIDS. In: Alcohol Alert. 2002, no. 57. [Consultado septiembre, 2010] Disponible en Internet: <http://pubs.niaaa.nih.gov/publications/aa57.html>.

NAVAS, Maria et al. Epidemiología de la Infección por VIH en población de alto riesgo de Cartagena, Colombia. En: Biomédica. sep. 1999, vol. 19 no. 3, p. 230-8.

ODUJINRIN, MT. and ADEBAJO, SB. Social characteristics, HIV/AIDS knowledge, preventive practices and risk factors elicitation among prisoners in Lagos, Nigeria. In: West Afr J Med. 2001 Jul-Sep, vol. 20 no. 3, p. 191-8.

ONUSIDA - ACNUR. Infección por VIH y sida en Colombia. Estado del arte 2000-2005. Bogotá: ONUSIDA. 2006, p. 100-207

ONUSIDA. Statement by the Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS). HIV/AIDS in Prisons. Suiza, Abril 1996.

Organización de Estados Americanos OEA. Análisis situacional: VIH y violencia contra las mujeres en Guatemala [en línea]. Washington. 2006, p. 1-44. Disponible en Internet: [http://www.portalsida.org/repos/AnalisisGUT\[Final\].pdf](http://www.portalsida.org/repos/AnalisisGUT[Final].pdf)

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. 10 datos sobre VIH/SIDA [en línea]-

OMS. Diciembre de 2011. [consultada junio 25, 2012]. Disponible en Internet: <http://www.who.int/features/factfiles/hiv/es/index.html>

PARKER, Richard. Na contramão da AIDS. Sexualidade, intervenção, política. Rio de Janeiro: Associação Brasileira Interdisciplinar de Aids/São Paulo: Editora 34, 2000. 160 p.

PROGRAMA CONJUNTO de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida. Informe de ONUSIDA para el día mundial del sida 2011, como llegar a cero: más rápido, más inteligente y mejor [en línea]. Ginebra, Suiza: UNUSIDA. 2011, p. 1-48. Disponible en Internet:

http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2011/JC2216_WorldAIDSday_report_2011_es.pdf

ISBN 978-92-9173-910-3/ONUSIDA/JC22165.

PROGRAMA CONJUNTO de Naciones Unidas sobre el VIH/Sida – ONUSIDA. Guías técnicas del proyecto INTEGRA: Modelo de gestión integral de servicios de salud sexual y reproductiva y prevención de la infección por VIH [en línea]. Bogotá: Grupo Temático para Colombia, Ministerio de la Protección Social. 1a. ed. Julio. 2007, p. 189-193. ISBN: 978-958-97914-9. Disponible en Internet:

<http://207.58.191.15:8180/xmlui/handle/123456789/35>

REYES, Hernán. El VIH en Establecimientos Penitenciarios. Edición para América Latina. Comité Internacional de la Cruz Roja. Lima: Organización Mundial de la Salud, Oficina Regional para Europa; 2001.

ROSCNBLUM, Lisa et al. The completeness of AIDS case reporting, 1988: a multisite collaborative surveillance project. In: Am J Public Health.1992, vol. 82 no. 11, p. 1495-9.

ROTILY, Michel et al. HIV testing, HIV infection and associated risk factors among inmates in south-eastern French prisons. In: AIDS. 1994 Sep., vol. 8 no. 9, p. 1341-4.

SABITU, K; ILIYASU, Z. and JOSHUA, IA. An assessment of knowledge of HIV/AIDS and associated risky behavior among inmates of Kaduna convict prison: the implications for Prevention Programmes in Nigerian Prisons. In: Niger J Med. 2009 Jan-Mar, vo. 18 no. 1, p. 52-8.

SÁNCHEZ, Martín. Evaluation of the prevalence of HIV infection in prison inmates at the time of their imprisonment during the period 1991-1995. In: Rev Esp Salud Publica. 1997 May-Jun, vol. 71 no. 3, p. 269-80.

SANCHEZ, Vanessa y GARAVITO, Carlos. Evaluación y Medición de factores psicosociales relacionados con la Infección por VIH en la Población de Sindicados y Condenados de la Cárcel Distrital de Varones y Anexo de Mujeres de Bogotá. Corporación Avenir Colombia / Ministerio de Salud Colombia, Bogotá, 2002.

SARRIA, Madelaine. Bioética, investigación y salud pública, desde una perspectiva social. Instituto Nacional de Oncología y Radiobiología. La Habana. 2007.

UNFPA/SDS de Bogotá, Fundación Henry Ardila/LCLC el sida/Fundación Procrear/Assur, Factores asociados a la salud sexual y reproductiva en grupos priorizados de localidades en emergencia social del distrito capital. Los matices de la vulnerabilidad. Informe de investigación. UNFPA, Bogotá, diciembre 2005

USAID/DFID/FHI. Directrices para encuestas del comportamiento repetidas en poblaciones en riesgo al VIH. 2000.

WHO. Report 2004. Global tuberculosis control. Surveillance, planning, financing. Geneva: WHO. 2004, p. 110.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Global HIV/AIDS response. Epidemic update and health sector progress towards Universal Access [online]. Progress Report 2011. World health organization, UNAIDS, UNICEF, p. 1-219. [cited Jun. 25, 2012] Available from Internet: http://www.who.int/hiv/pub/progress_report2011/hiv_full_report_2011.pdf.

ZARATE, Eduardo et al. Tuberculosis en nuevos escenarios: establecimientos penitenciarios. En: An. Fac. med. abr./jun. 2005, vol. 66 no. 2, p. 148-158. ISSN 1025-5583